

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na ESF Rogowski, Santo Ângelo/RS.**

Yoleydis Fuentes Mompie

Pelotas, 2015

Yoleydis Fuentes Mompie

Melhoria da atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Rogowski, Santo Ângelo/RS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da FamíliaEaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Ana Paula Soares.

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M733m Mompie, Yoleydis Fuentes

Melhoria da Atenção aos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Rogowski, Santo Ângelo/RS. / Yoleydis Fuentes Mompie; Ana Paula Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Soares, Ana Paula, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho a meu filho, Michel Abraham, aos meus pais Martha e Edilberto e a meu esposo Orestes Michel, que não mediram esforços para me incentivar e me apoiar durante toda a especialização. Sem vocês nada disso seria possível.

Agradecimentos

Agradeço à Secretária de Saúde do município de Santo Ângelo pela ajuda na execução deste projeto de intervenção, à toda equipe de saúde, aos líderes da comunidade, aos gestores.

A Universidade Federal de Pelotas por seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro de um horizonte superior.

A minha orientadora Ana Paula Soares, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

A meu filho, meus pais meu esposo, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, muito obrigado.

Resumo

MOMPIE, Yoleydis Fuentes. **Melhoria da atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Rogowski, Santo Ângelo/RS**. 2015. 87f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2015.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam um importante problema de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis, e se constituem principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Nesse contexto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como importante ferramenta no desenvolvimento das ações a fim de promover saúde e na prevenção, a partir do controle da HAS e DM. O presente trabalho de conclusão de curso caracteriza-se trata de uma intervenção realizada na ESF Rogowski, em Santo Ângelo/RS, Brasil. A intervenção se desenvolveu em doze semanas, entre os meses de abril e julho do ano de 2015 e teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou *Diabetes Mellitus*, sob orientações das proposições do Ministério da Saúde, apoiados nos Protocolos do Ministério da Saúde sobre HAS e DM 2013. A intervenção foi baseada em quatro eixos: qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. Tínhamos como objetivo ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos da área adscrita para 60%. Ao final da intervenção alcançamos 394 hipertensos (65,0 % dos hipertensos estimados para a área) e 114 diabéticos (76,0%). Nas comunidades foram feitas atividades de promoção da saúde relacionadas com as doenças crônicas não-transmissíveis (HAS e DM), conseguindo ao final da intervenção a avaliação clínica e o seguimento adequado ao 98,2 % dos hipertensos e diabéticos da área. Os resultados mostraram que os usuários antes da intervenção tinham pouca compreensão sobre a doença de base, o que fragilizava o processo do autocuidado. Com a intervenção, percebemos uma melhoria significativa, tanto no conhecimento, como na modificação de estilo de vida, seguimento dos tratamentos prescritos e como consequência melhora da qualidade de vida. Com a intervenção tivemos resultados satisfatórios também na melhoria da organização do serviço e do trabalho em equipe.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão arterial.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia de Edificações do Instituto Cenecista de Ensino Superior de Santo Ângelo, reconhecido pela excelência no curso de Direito.	12
Figura 2	Quadro Distribuição da população por grupos de idades e sexo	14
Figura 3	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Rogowski, Santo Ângelo /RS, 2015.	54
Figura 4	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Rogowski, Santo Ângelo /RS.	54
Figura 5	Gráfico Proporção de Hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	55
Figura 6	Gráfico Proporção de diabético com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	56
Figura 7	Gráfico Proporção de Hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS..	57
Figura 8	Gráfico Proporção de Diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	57
Figura 9	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	58
Figura 10	Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na ESF Rogowski.Santo Ângelo/RS.	59
Figura 11	Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.2015.	60
Figura 12	Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	60
Figura 13	Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	61
Figura 14	Gráfico Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	62
Figura 15	Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.2015.	63
Figura 16	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de	63

	acompanhamento na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	
Figura 17	Gráfico Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.2015.	64
Figura 18	Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	64
Figura 19	Gráfico Proporção de Hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	66
Figura 20	Gráfico Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	66
Figura 21	Proporção de Hipertensoscom orientação sobre a prática de atividade física regularna ESF Rogowski.Santo Ângelo/RS.	67
Figura 22	Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	67
Figura 23	Gráfico Proporção de Hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	67
Figura 24	Gráfico Proporção de diabéticosque receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	68
Figura 25	GráficoProporção de Hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	68
Figura 26	Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	69
Figura 27	Fotografia de Capacitação da equipe sobre o Protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	81
Figura 28	Fotografia de Atendimento odontológico a usuário cadastrado no Programa de HAS e DM na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	81
Figura 29	Fotografia de Atividade educativaem grupo com a presença de estagiários no Programa de HAS e DM na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	82
Figura 30	Fotografia de Visita Domiciliar a usuário cadastrado no Programa de HAS e DM na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.	82

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde.

Sumário

1	Análise Situacional.....	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	10
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2	Análise Estratégica.....	23
2.1	Justificativa.....	23
2.2	Objetivos e metas.....	25
2.2.1	Objetivo geral	25
2.2.2	Objetivos específicos e metas	25
	Objetivos específicos.....	25
2.3	Metodologia	27
2.3.1	Detalhamentos das Ações.....	28
2.3.2	Indicadores.....	35
2.3.3	Logística.....	41
2.3.4	Cronograma.....	44
3	Relatório da Intervenção.....	46
3.1	Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas	46
3.2	Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.	49
3.4	Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.	51
4	Avaliação da Intervenção.....	52
4.1	Resultados	52
4.2	Discussão	69
5	Relatório da intervenção para gestores	72
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	75
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	77
	APÊNDICES	80
	Apêndice – Imagens da Intervenção.....	81
	Anexos	83
	Anexo A - Documento do comitê de ética	84
	Anexo B - Planilha de coleta de dados	85
	Anexo C - Ficha espelho	86
	Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	87

Apresentação

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão (Curso de Especialização em Saúde da Família) – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), apresenta o relato da realização de uma intervenção voltado a melhorara atenção á saúde dos usuários Hipertensos e Diabéticos da ESF Rogowski Santo Ângelo / RS. O texto está organizado em momentos, dentro da seqüência de trabalho proposta pelo Curso dentro das Unidades de Aprendizagem conforme demonstrado abaixo: passamos pela a análise situacional produzida na Unidade 1. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida no projeto de intervenção elaborado ao longo da Unidade 2. A terceira parte traz o relatório da intervenção realizada durante 12 semanas, correspondente ao processo vivenciado na unidade 3 do curso. Na quarta parte encontra-se o material produzido na unidatedo curso, compreendendo a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Ao término, há a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Para finalizar temos os relatórios de intervenção endereçamos aos gestores e a comunidade. Como elementos referenciais no volume final, há as referências, anexos e os apêndices, ou seja, os instrumentos utilizados durante a realização do trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

No momento atuo na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Rogowski, localizada na travessa colegial, 109, bairro Rogowski que abrange pequenos bairros de classe média e baixa, sendo eles os Barrios Rogowski (Onde esta situada a ESF), Neri cavalheiro, Tesch, Ditz e Cohabi. Assistindo um numero de 987 famílias cadastradas com aproximadamente 4430 pessoas, sendo este numero variável em 7 a 10 %, em virtude das migrações da população.

Nossa equipe de saúde esta composta por uma médica uma dentista, uma enfermagem, uma técnica de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e sete agentes comunitários de saúde (ACS). A estrutura física esta composta por um consultório medico e um odontológico, sala de espera, recepção, sala de vacinas, sala de curativos e esterilização, consulta de enfermagem onde realizam exame preventivo (coleta de exame preventivo), cozinha e três banheiros. Não temos telefone fixo o qual é um problema em casos de urgências e emergências. Não contamos com internet, que é de muita importância para a realização da especialização, não temos bebedouro.

Além do atendimento médico e odontológico, realizamos visitas domiciliares a acamados, puérperas, recém-nascidos e usuários pós-cirúrgicos. Realizamos atenção a grupos de riscos votados para diabéticos, hipertensos e asmáticos através de palestras para que eles conheçam de suas doenças e poder controlá-las. Além disso, realizamos consultas de puericultura e pré-natal.

Temos um alto índice de resolubilidades das demandas, tentamos resolver mais de 80 por cento das necessidades da comunidade, encaminhando apenas casos de média e alta complexidade tanto na área medica como odontológica, pois nosso município conta com serviços de atenção secundaria.

Ainda ficam muitos desafios no cuidado a essa população, prevalecem um alto índice de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, hipotireoidismo encontrando usuários com o mesmo tratamento por mais de dois anos, sem avaliação profissional nem exames complementares e renovação das mesmas receitas por longos períodos. Também persistem muitos usuários com esquemas de tratamento excessivos (poli farmácia), fundamentalmente de benzodiazepínicos devido aos quadros depressivos e não tem avaliação de um psiquiatra ou psicólogo de acordo com o Protocolo.

Identifico que os ACS atuam de maneira passiva com suas intervenções em ações de promoção de saúde e prevenção de enfermidade. Positivamente em nosso município são realizadas ações de educação continuada para as equipes de saúde para incrementar seus conhecimentos em todas as esferas e melhorar o desenvolvimento das ações em saúde na comunidade. Em nossas reuniões de equipe, que são realizadas semanalmente, temos a oportunidade de organizar e conhecer ainda mais as dificuldades que se apresentam com o trabalho de cada membro da equipe e, além disso, aperfeiçoar a atenção prestada a nossa população. Temos buscado conscientizar a maioria das pessoas da responsabilidade em saúde que devem ter, incentivando a mudança e, seus estilos e modos de vida.

Felizmente em nosso município temos a satisfação de ter no programa Mais Médico, um grupo de 15 profissionais, e assim trocamos ideais, experiências positivas e negativas, sempre com a participação do supervisor do programa, com a finalidade de ampliar nosso conhecimento e aperfeiçoar nosso trabalho e ter um povo Santo-angelense mais saudável e com mais qualidade de vida.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Santo Ângelo é um município brasileiro localizado no estado do Rio Grande do Sul. Pertence à mesorregião do Noroeste Rio-Grandense e à microrregião de Santo Ângelo. É o maior município da região das Missões, com 76.304 habitantes. Está localizada na bacia do rio Ijuí, na interseção das coordenadas, 28°17'56" de latitude Sul e 54°15'46" de longitude Oeste, do meridiano de Greenwich. Está distante 459 km da capital gaúcha, Porto Alegre (IBGE, 2010).



Figura 1 Fotografia de Edificações do Instituto Cenecista de Ensino Superior de Santo Ângelo, reconhecido pela excelência no curso de Direito.

O principal hospital de Santo Ângelo é o Hospital de Caridade de Santo Ângelo (HSA), com 170 leitos, que atende a demanda de 24 municípios da região. O município conta ainda com um hospital privado, o Hospital Santa Isabel (HSI), uma unidade de saúde do Exército Brasileiro, o Posto de Guarnição de Santo Ângelo eo Pronto Atendimento Dr. Ernesto Nascimento, mais conhecido como "Posto da 22 de Março".

Além disso, conta comnove Unidades Básicas de Saúde (UBS) com estratégia de saúde da família (ESF); 10 unidades básicas tradicionais. Não tem Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Centro Especializado Odontológico (CEO) - com serviço hospitalar de referência (Hospital Santo Ângelo). A atenção especializada conta como saúde mental: três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ginecologia/obstetrícia e tratamento as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/AIDS/hanseníase/tuberculose, além dos especialistas como, por exemplo: neurologia, dermatologia, urologia, reumatologia, oftalmologia, pediatrias, entre outras.Com uma disponibilidade para a realização de exames complementares, tanto de imagem (como por exemplo, ultrassom e tomografia computadorizada) elaboratoriais os quaisficam a cargo da regulação a marcação dos mesmos, com um aproximado de 1, 500 exames por mês.

Neste município as ESF têmvínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) de gestão plena e tem vínculo com o URI (Universidade Regional Integrada do Alto

Uruguai e das Missões), no momento com um estagiário do curso de psicologia, além de ter vínculo com a IECA e o Hospital Santo Ângelo.

A unidade de saúde na qual atuo, é uma ESF, que tem 22 anos de existência e chama-se ESF “Manoel Gomez”, localiza-se no bairro Rogowski. Funciona com uma equipe completa com um médico, uma enfermagem, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB). Atende sete pequenos bairros de classe médio-baixa, assistindo um número de 987 famílias cadastradas com aproximadamente 3.988 pessoas, delas 2.298 do sexo feminino (57.7%) e 1.690 masculino (42.3%), sendo este numero variávelem 7 a 10%, em virtude das migrações da população.

A estrutura física esta composta por um consultório médico e um odontológico, sala de espera, recepção, sala de vacinas, sala de curativos e esterilização, consulta de enfermagem onde realizam exame preventivo (Coleta de mostra do colo de útero), cozinha e três banheiros. Não temos telefone fixo o qual acho è de muita utilidade em casos de urgências e emergências em doentes. Não contamos com internet, que è de muita importância para a realização da especialidade, no temos bebedouro. Na sala de espera não temos TV nem projetor de imagens, o qual nos dificulta a realização de palestras aos usuários de maneira informativa. Ainda não temos farmácia nem seguridade total para os medicamentos, o qual dificulta ao atendimento integral aos usuários, que tem que ir à busca dos mesmos em outro lugar.

Não temos uma sala específica para guardar os prontuários, nem sala específica para administração ou gerência. Na verdade não temos uma recepcionista, revezamos entre os colegas o atendimento direto aos usuários. Não temos sala para reuniões, nem espaço destinado a atividades em grupo. Usamos a capela do bairro que é próxima da ESF e realizamos os grupos e a sala da enfermagem ou a sala de espera para as reuniões de equipe. Também não temos sala para as agentes comunitárias de saúde, as quais estão sempre descontando nos profissionais a falta de espaço para atividades dentro da unidade. Estas utilizam a recepção ou os consultórios médico e de enfermagem quando estes não estão em uso.

Nossa ESF também é inadequada para o acesso de pessoas idosas e portadores de deficiência. Não apresenta degraus e ainda a péssima manutenção

das calçadas que atualmente estão irregulares e esburacadas reflete em quedas dos usuários com dificuldade de locomoção.

Em relação à distribuição por sexo e faixa etária da população de abrangência na ESF na qual eu atuo é estimada e condizente com a distribuição da população brasileira. Como, por exemplo: mais mulheres que homens, como mostram os dados da tabela abaixo:

Grupos de idades	Masculino	Feminino	Total
Menor de 1 ano	13	26	39
1-4 anos	21	34	55
5-9 anos	178	245	423
10-14 anos	182	246	428
15-19 anos	274	386	657
20-39 anos	349	482	831
40-49 anos	310	350	660
50-59 anos	196	321	517
60 e mais	167	211	378
Total	1690	2298	3988

Figura 2 Quadro Distribuição da população por grupos de idades e sexo.

Fonte: SIAB,2013.

Refletindo a respeito do acolhimento da demanda espontânea e imediata, acredito que a equipe tem realizado bom trabalho. O agendamento é realizado uma vez na semana e os usuários têm hora marcada em ambos os turnos. Há dia preferencial das gestantes e crianças para a realização do pré-natal e puericultura. Além disso, temos um dia na semana para as visitas domiciliares, as quais são discutidas pela equipe de acordo as necessidades de saúde dos usuários, priorizando acamados, recém-nascidos, gestantes, cirurgias, idosos e doenças crônicas transmissíveis. Diariamente são realizada avaliação de risco/vulnerabilidades que faz com que os responsáveis pelo agendamento tenham autonomia para agendar imediatamente uma criança febril ou uma urgência importante que necessite nosso atendimento de forma imediata.

Quanto a Saúde da Criança (de 0 a 72 meses) iniciamos o atendimento em puericultura em nossa ESF recentemente, ainda existem poucas consultas de realizadas, comparadas com o número de crianças que precisam fazer o acompanhamento. De acordo ao estimado pelo Caderno de Ações Programáticas

(CAP) espera-se que tenhamos 48 menores de um ano, sendo que temos cadastrados 39 na área de abrangência que significa 81%. Deles são acompanhados nas consultas de puericultura apenas 23 lactantes (59%)¹. A causa da cobertura muito baixa se deve ao fato que antes do começo do programa Mais Medico neste município, as consultas de puericultura eram feitas somente pelos pediatras que atendem na Secretaria Municipal de Saúde, por isso, ainda a maioria dos usuários pensam que estas consultas só são feitas pelo especialista.

É inegável a importância do especialista nas questões da saúde da criança, entretanto, acredito que o desenvolvimento e acompanhamento do crescimento desses usuários poderiam ter realizados junto a ESF, muitas vezes mais perto de suas casas, com atendimento continuado e mais freqüente, e só encaminhá-los ao pediatra quando fora necessário. Acredito também que é de fundamental importância o estabelecimento de protocolo de consulta, prontuário específico com dados relevantes. Nossa equipe tem como estratégia informar e educar a população sobre este tipo de atendimento, que faz parte da saúde da família e atenção básica de saúde, tendo em vista, que muitas mães acreditam que apenas o especialista, pode atender e realizar consultas de puericultura e saúde da criança. Também quando se toma mostra do teste do pezinho ao recém-nascido, fazemos a primeira consulta de puericultura, e assim é feita nos primeiros sete dias de seu nascimento.

Acho que ainda temos muito trabalho por organizar e fazer, mas tem que ser em conjunto. Nas reuniões da equipe sempre se analisa o tema das crianças, não só menores de um ano, também até os primeiros seis anos de vida. Orientamos as ACS sobre a importância das consultas de puericultura e as orientações para as mães e família em geral, por isso temos como estratégia que todas ACS e o medico da família tem as datas prováveis de parto da cada gestante. Além das consultas, as crianças são visitadas pela equipe da saúde, onde podemos avaliar os riscos presentes para as crianças e assim poder acionar sobre eles e prevenir acidentes.

Além disso, a equipe tem que estar organizada e preparada para o primeiro atendimento da criança, com ações educativas efetivas e de sensibilização, garantindo o vínculo da mãe/família com a ESF para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e assim estimular a mãe a se envolver e querer saber cuidar da saúde da criança.

Considerando que com a chegada de Programa Mais Medico em nosso município existe cobertura de médicos quase em sua totalidade das ESF,

anteriormente a nossa chegada a maioria destas consultas de Pré-natal eram realizadas por os ginecologistas- obstetras do município, as gestantes eram todas encaminhadas ao centro de referência – Centro de Apoio a Gestante. Mas agora todas as que chegam à unidade de saúde são acolhidas e recebem assistência e sempre a gestante sai da consulta com a próxima consulta programada agendada. Em estes momentos não existe muita demanda de atendimentos para problemas agudos. Também se faz ações no cuidado delas, tais como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde bucal, controle de cânceres de útero e mama, imunizações, planejamento família, promoção do aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, e saúde bucal.

Todas as gestantes de baixo risco são atendidas pela equipe. As de alto risco obstétrico são encaminhadas para atendimento com o ginecologista obstetra que trabalha no município. Na ESF e Associação de bairros, realizamos atividades com grupos de gestantes onde fazemos palestras e orientações sob anticoncepção no pós- parto e a importância de assistir a consulta nos primeiros sete dias de pós-parto, risco de tabagismo e outros. Aproveitamos nas reuniões da equipe para realizar monitoramento do programa de pré-natal, realizando se relatórios com os resultados encontrados.

Atualmente temos 32 gestantes na área de abrangência, praticamente a metade do número estimado. Delas só brindamos atenção Pré-natal em a ESF a 19 gestantes porque temos nove gestantes em seguimento na consulta de Alto Risco realizada por o medico Obstetra do município e quatro delas em consultas privadas. Esses dados confirmam que toda a orientação sobre planejamento familiar não está sendo efetiva, principalmente para essas mulheres.

Do total de gestantes atendidas, só 17 realizaram avaliação bucal, o que nos mostra que a atenção odontológica a gestante precisa melhorar. Infelizmente as gestantes ainda acreditam que não podem realizar tratamento odontológico durante a gestação e buscam o dentista apenas quando estão com dor. Na busca da melhoria neste sentido, começamos com a estratégia de fazer no mesmo dia da primeira consulta de gestante, avaliação por cirurgião dentista da equipe.

Além disso, facilitaria melhorar os indicadores de qualidade na atenção maternos infantil. Acredito que todos os profissionais que temos contato com a gestante deveram realizar recomendações de promoção de saúde, prevenção de

doenças, tratamentos de agravos e orientações para que a mesma quantifique a importância de um seguimento adequado.

Não podemos esquecer a participação dos profissionais nas atividades de planejamento, avaliação das ações da equipe, promoção da mobilização e a participação da comunidade, buscando assim efetivar o controle social, a participação nas atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as prioridades locais, proporcionando assim atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo com as gestantes e o lugar onde moram.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, na minha ESF, de acordo aos dados encontrados, de um estimado de 1097 mulheres de 25-64 anos, só temos 637 para um 58%, delas, aproximadamente 316 com exame cito patológico para câncer de colo uterino (CP) em dias (50%), com exame cito patológico para câncer de colo uterino com mais de seis meses de atraso, 116 (18%), exame cito patológico para câncer de colo uterino alterado, cinco mulheres. Com avaliação de risco para CA de colo, 112 (18%). Com orientação sobre prevenção de CA de colo uterino, 216 (34%) e com orientação sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), 186 (29%). Exames coletados com amostras satisfatórias, 308 (48%).

Com respeito ao total de mulheres entre 50-69 anos, temos uma população baixa com respeito ao estimado, que é de 411 e temos na área abrangência 377 (90,3%) delas, só 101 (28%) tem mamografias em dia e 215 (59%) com as mesmas em atraso. O 43% tem avaliação de risco para câncer de mama e o 79% tem orientação sobre prevenção desta doença.

Estes indicadores não são os esperados em qualidade. Foi extraído dos prontuários de cada usuária que tenham esse dado, porem em muitos não se transcrevem os resultados dos exames, o qual foi uma dificuldade para a coleta da informação.

Os resultados não são os esperados com respeito ao estimado, ao igual que no Câncer de Mama, porque acho que existe um sub-registro do universo de mulheres em esta idade, porque não existe um controle total delas. Os únicos registros corretos são os realizados pelas enfermeiras no livro de registro de coleta de material para exame cito patológico cervico-vaginal e microflora – exame preventivo do colo do útero. Algumas vezes também é feito o registro no prontuário

clínico. Agora, uma vez que temos o resultado do exame, é plasmado nos prontuários das usuáriasalém das medicações que administro para o tratamento de *cândidaSP*, *gardnerella* ou *trichomonas vaginalis* que são bastante comuns em nossa área.

Acho que temos registros inadequados, porque temos o total de exames realizados por ano, no livro de registro, mais não aparece o dado dos usuários que se realizam o exame no ano, o que dificulta muito o dado real por usuárias, por em os índices encontrados devem estar incorretos, não sabendo o total certo de quantas usuárias se encontram em atraso do exame preventivo. Nem todas as usuárias realizam a coleta de CP na unidade, pois este exame também é disponibilizado no Centro de Apoio a Gestante do município. Acho que uma das deficiências é o sub-registro de usuários.

Acredito que para melhorar esses resultados, as ações da Atenção Básica são diversas, no controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Vão desde cadastro e identificação da população prioritária ao acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos.

Na minhaESF, já foi modificada a forma de entrega do resultado para as usuárias, antes as ACS levavam nas casas das usuárias os resultados e estas deveriam retornar a unidade para consulta, o que notei que nunca ocorria mesmo que houvesse alteração. Agora as ACS são informadas dos preventivos que chegam e ficam encarregadas de avisar a paciente para vir buscar o resultado na ESF, assim quando esta busca o resultado já é informada se houve ou não alteração e já é encaminhada a consulta médica/ginecológica e/ou medicada.

É fundamental que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da área adstrita. A partir desse cadastro, se deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença. As ações de prevenção da saúde são uma estratégia fundamental, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como para reforçar sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias. Além disso, nesta mesma consulta se aproveita para fazer exame clínico das mamas, mostrando a realização de um correto autoexame de mama e assim reconhecer sinais de alarma do câncer de mama e se indica a mamografia.

O médico da família, enfermeira, ACS e técnica de enfermagem aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo uterino e ações de rastreamento do câncer de mama.

Acho que uma das medidas necessárias que serem tomadas é a confecção de um tipo de registro adequado para permitir a efetividade das ações de prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama com o rastreamento e controle citológico das usuárias em relação ao exame preventivo e mamografia. Permitindo, assim, identificar todas as mulheres que realizam os exames na ESF, as faltosas e ter um acesso facilitado às informações que permitirão avaliar e realizar ações de controle e prevenção.

Com os usuáridiabéticos, hipertensos é possível avaliar que estes são os grupos que mais consultam os que mais pedimos exames, avaliamos e cuidamos. Acompanhando uma tendência mundial do aumento de doenças crônicas e da modificação da pirâmide populacional e estilo de vida. Temos acompanhado um número reduzido de usuários com essas patologias, comparado ao estimado – 607 temos 385 hipertensos cadastrados e de 150 usuários diabéticos estimados, só temos 85. Acreditamos que existe um sub-registro dos mesmos. Somando-se a essa questão os indicadores de qualidade da atenção destas doenças também são inadequados. Acredito que é preciso investir em cada vez mais em planejamento de ações preventivas e educativas, na forma de reuniões efetivas de grupo, mudanças de hábito de vida e adesão à medicação. Na ESF existe oferta de atendimento para estes problemas de saúde e são desenvolvidas ações para o cuidado aos mesmos, tais como: Imunizações, promoção da atividade física, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, e da saúde mental.

São realizadas atividades de grupos na ESF e associação de bairros. Ainda não temos protocolo, nem registro específico, nem mesmo dados suficientes para avaliar qualidade da atenção. São os agentes comunitários que realizam com maior frequência a busca ativa dos usuários faltosos e ao mesmo tempo alertam a necessidade de agendar as consultas para estes usuários. A consulta de um diabético e hipertenso na nossa unidade é sempre acompanhada de orientação quanto à nutrição (dieta fracionada em várias refeições ao dia, hipossódica, rica em fibras, frutas e verduras, pobre em gorduras) e a importância de exercício físico semanal adequado. Em relação ao exame físico, é visto geralmente, pressão arterial, peso/altura nos usuários com sobrepeso e HGT nos diabéticos

descompensados. Os usuários não conhecem a importância da medição de pressão arterial, glicose de forma sistemática. Além disso, ainda não tem percepção do risco, porque mantém um mesmo tratamento por muito tempo sem avaliação profissional. Em minha ESF, os agentes comunitários trocavam receitas destas doenças sem avaliação médica. Com o início do programa e estabilidade do médico na ESF, temos como estratégias da equipe, que além dos grupos de usuários com estas patologias mediram pressão, glicose e damos palestras sobre mudanças dos estilos e modos de vida, reajustamos o tratamento. Desta forma o paciente se sente estimulado em melhorar sua saúde.

Temos como estratégia que todos os membros da equipe participem dos grupos e cada mês um membro da mesma, faz uma palestra, para que os usuários conheçam a responsabilidade dos profissionais em o cuidado e orientação em saúde para com eles.

No que se refere ao atendimento das pessoas idosa, da comunidade realiza-se durante quatro dias da semana, pela manhã e tarde. Participa do atendimento a equipe toda. Existe oferta de atendimento para idosos com problemas de saúde agudos, e são desenvolvidas ações para prevenção e promoção da saúde, tais como atividades físicas, orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, e saúde mental. Explica-se aos idosos e seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência entre eles, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus e depressão. São realizadas também atividades com grupos, nas quais fazemos rodas de conversa e dinâmicas de grupo para incentivar a prática de exercícios físicos e a adoção de estilos de vida saudáveis. A equipe realiza cuidados domiciliares com muita frequência. Com relação aos indicadores de avaliação, temos 322 idosos cadastrados da área (59%) do estimado, deles com Avaliação Multidimensional Rápida em dia temos 32 usuários. Com acompanhamento em dia há 231 idosos (72%). Com Hipertensão, são 108 (32 %), e com Diabetes Mellitus são 21 (5 %) segundo estimativas do CAP. 231 idosos (72,0%) passaram por avaliação de risco para morbimortalidade e receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. No que se refere a orientação para a atividade física, 201 idosos (62%) foram orientados, enquanto apenas 91 usuários (28,0%) estão com avaliação de saúde bucal em dia. A equipe está sensibilizada para o trabalho junto à terceira idade, mas temos muitos desafios pela frente, já que é difícil conseguir o apoio da

família e a participação da comunidade, o que é fundamental para que o idoso envelheça com qualidade de vida e independência.

No que se refere à saúde bucal, oferecemos esse serviço na ESF. A demanda por atendimento está principalmente relacionada à dor de origem dentária. A atenção à Saúde Bucal se realiza na consulta diária, nas duas seções, além de ter dificuldades com a instrumentação. Também tem desenvolvimento das ações educativas nas escolas e na comunidade onde se realizam atividades de prevenção e educação em saúde bucal.

Tendo em vista todas estas situações já abordadas, fica fácil perceber que os desafios enfrentados nesta ESF são de fato numerosos e há muito trabalho pela frente. Com os dados, ainda que escassos, das ações programáticas, pensava, onde estão esses usuários (principalmente crianças para puericultura e mulheres em risco de câncer de colo uterino) que não estamos abrangendo? Quanto está se deixando passar em se tratando de atenção integral, universal, descentralizada e continuada?

Acredito que o maior recurso que podemos possuir é o conhecimento, e nesse sentido a especialização em saúde da família tem sido fundamental, proporcionando ferramentas a cada semana para que o trabalho no ESF seja melhorado. Além disso, é visível meu crescimento ao comparar o comentário que escrevi na segunda semana de ambientação, em resposta à pergunta: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" e o relatório de análise situacional. As tarefas provocam o anseio por mudança, a necessidade de estabelecimento de ações programáticas, de melhores registros e mais qualidade, ampliar as fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade na prevenção, para somente assim, construir em nós mesmos, como equipe, e nos usuários o ideal de uma verdadeira estratégia de saúde da família.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparando o relatório com o texto escrito na primeira semana de ambientação, referente à situação da ESF/APS, pode observar que temos melhorado o trabalho da ESF e um grande avance com o início de meu trabalho na ESF. Percebo que nesse primeiro texto eu não tinha o conhecimento de todos os fatores

que envolvem as ações da ESF. A partir dos questionários e do preenchimento do Caderno de Ações Programáticas, visualizarem muitas coisas que devem ser implementadas para ter melhor controle das ações a serem realizadas. Neste relatório, consegui descrever muitos detalhes importantes que no primeiro texto não tinha identificado, sobre as reais condições, dificuldades e potencialidades de minha unidade.

Conseguimos identificar e dar seguimento adequado e humanizado a uma grande parte da população, as quais não tinham uma atenção de saúde periódica, estabelecemos uma maior organização dos serviços, agendamentos e atendimentos, estrutura da ESF melhorou quanto às informações oferecidas à população. Estamos já fazendo os prontuários de muitos usuários que não tinham seguimento na área, assim como melhorando o sistema de informações dos mesmos, e conseguimos melhorar a organização do trabalho e levar a cabo as atribuições de cada integrante da equipe, melhoramos o acolhimento aos usuários, em fim temos feito uma integração equipe de saúde- comunidade, a qual tem certeza que vai melhorar muito mais a situação da saúde de nossa comunidade, invertendo positivamente os indicadores de saúde da mesma, claro que isso ocorrerá mediante um processo contínuo e paulatinamente. Ainda não temos cadastrados 100 % da população, sabemos ainda temos muito trabalho pela frente, apesar disso temos notado um avanço na organização e no trabalho da equipe em relação ao início do trabalho.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira (BRASIL, 2013). Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 90% dos usuários com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada (BRASIL, 2013).

O diabetes atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%. Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo (BRASIL, 2013).

A unidade de saúde na qual atuo, é uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem 22 anos de existência e chama-se ESF Manoel Gomez, localiza-se no Bairro Rogowski. É urbana, com vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) de gestão plena. O ESF funciona com uma equipe completa com um médico, uma enfermagem, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB). Atende cinco pequenos bairros de classe média baixa, assistindo um número de 987 famílias cadastradas com aproximadamente 3.988 pessoas, delas 2.298 do sexo femininos (57.7%) e 1.690 masculino (42.3%), sendo este numero variável em 7 a 10%, em virtude das migrações da população.

A estrutura física esta composta por um consultório medico e um odontológico, sala de espera, recepção, sala de vacinas, sala de curativos e esterilização, consultório de enfermagem onde realizam exames preventivos, cozinha pequena e três banheiros. Uma reforma da estrutura física está sendo planejada para o ano que vem.

Na ESF são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis e o controle do peso corporal para os portadores de HAS e/ou DM da área de cobertura, além de realizar ações de estímulo à prática regular da atividade física e se orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e de tabagismo aos portadores de HAS e/ou DM da área de cobertura.

Realizam-se atendimento de adultos portadores de HAS e/ou DM todos os dias da semana em todos os turnos. Existe oferta de atendimento para adultos com problemas de saúde aguda devido a HAS e DM. Temos o Protocolo de Saúde do Ministério para o atendimento dos usuários portadores destas doenças crônicas. As ações que são desenvolvidas na ESF, no cuidado aos adultos portadores de HAS e DM têm as imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental. O diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade e sedentarismo.

Atualmente temos acompanhado um número reduzido de usuários com essas patologias, comparado ao estimado –607, diante de 385 cadastrados, ou seja, 63,4% e de 150 usuários diabéticos estimados, só temos 85 (55%). Estes dados foram avaliados em conjunto com a equipe e acreditamos existir um sub-registro dos mesmos. Somando-se a essa questão os indicadores de qualidade da atenção destas doenças também são inadequados. Outras das dificuldades é que os usuários não têm conhecimento da importância de prevenir e controlar estas doenças para desta forma evitar complicações futuras das mesmas.

Os usuários não conhecem a importância da medição de pressão arterial, glicose de forma sistemática. Além disso, ainda não tem percepção do risco, porque mantém um mesmo tratamento por muito tempo sem avaliação profissional e não a maioria acredita na medicina preventiva, preferindo assim a Medicina Curativa.

Com o inicio do programa e estabilidade do medico na ESF, temos como estratégias da equipe, além de realizar grupos com portadores dessas patologias para medirem pressão, glicose e realizarmos atividades em educação em saúde sobre mudanças dos estilos e modos de vida e reajustar o tratamento, quando

necessário. Desta forma o usuário sente-se estimulado em melhorar sua saúde. Acho que a equipe em geral tem condições para fazer o acompanhamento com qualidade e superar algumas das dificuldades que hoje temos. Desde que foi debatido o tema da intervenção em Hipertensão e Diabetes, a equipe sente-se motivada na busca ativa de todos os usuários da área com estas patologias, com o objetivo de promover saúde e prevenir complicações. Acredito que com a dedicação, responsabilidade e foco na qualidade do trabalho da equipe vão promover a qualidade de vida de nossa população que padecem destas doenças que causam agravos a sua saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Rogowski, Santo Ângelo/Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivos específicos

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos

hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na ESF Rogowski município de Santo Ângelo/RS, contudo foi realizado em 12 semanas de acordo com as mudanças previstas no curso. Segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas na área da unidade deveria haver 607 usuários hipertensos e 150 usuários diabéticos. O projeto de intervenção aos hipertensos e aos diabéticos envolverá a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde referenciados, particularmente tendo a intensa colaboração dos Cadernos de Atenção Básica relacionados à HAS e a DM. São característicos protocolos organizados pelo Brasil que colaboram para uma prática em Atenção Primária à Saúde (APS) mais segura e baseada em evidências. A construção do projeto se deu a partir da Análise Situacional do curso, em que se pode conhecer melhor a

realidade do serviço na ESF Rogowski, assim, elencar prioridades e definir o foco da intervenção nesta interface em APS. Utilizando como critério de seleção os hipertensos e os diabéticos pertencentes à área adstrita da ESF, realizamos reuniões com o grupo de trabalho da equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Também, procuramos desenvolver planejamentos das ações e distribuição das atribuições dos diversos profissionais. É uma intervenção que está envolvendo duas doenças crônicas não-transmissíveis, que muitas vezes são juntas. Isto repercute no envolvimento da equipe para transpor as dificuldades e as exigências das metas aqui estipuladas.

As visitas domiciliares serão realizadas e registradas por meio das fichas-espelho individuais, incluindo as Cadernetas de Saúde que serão anexadas aos respectivos prontuários na ESF Rogowski. Conforme o decorrer dos atendimentos, as informações obtidas serão desenvolvidas na planilha de monitoramento do curso, em formato *Microsoft Excel*. Ela permite a organização de um registro mensal, com fomentação dos dados semanalmente, totalizando 12 semanas de intervenção junto ao curso, sempre com a perspectiva da continuidade da intervenção junto ao serviço. Ela é uma planilha automatizada e os registros são repetidos automaticamente a cada mês. Dessa forma, os dados já cadastrados, permitem uma efetiva análise e monitoramento da intervenção e da ação programática como um todo.

2.3.1 Detalhamentos das Ações.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Monitorar e avaliar o 60 % de hipertensos e/ou Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da ESF Rogowski. Para realizar esta ação eu vou avaliar nas reuniões da equipe conjuntamente com os Agentes Comunitários de Saúde o comportamento do cadastramento, as

dificuldades que se apresente e as possíveis solucionem para realizar as ações descritas.

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Garantir o registro, acolhimento adequado, garantir material (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica e hemoglicoteste) para os usuários portadores de HAS e /ou Diabetes Mellitus da ESF. Para dar saída a estas ações realizaremos mensalmente o pedido à farmácia da secretaria de Saúde para garantir o material que precisamos conforme a quantidades de usuários da área. Além faz o pedido por a Enfermeira da ESF, mensalmente para garantir os registros que se precisem.

Eixo de Engajamento Público:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa, sobre a importância de aferir a pressão, rastreamento de DM e fatores de risco. Para dar saída a estas ações realizaremos palestras na comunidade para dar a conhecer a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar à equipe da ESF Rogowski segue protocolo de HAS e Diabetes Mellitus. Para dar saída a esta ação prepararei palestras para capacitar a equipe no cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos, para verificação da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg. Também aos ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames

complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado e exames laboratoriais aos 100 % dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da ESF Rogowski, e monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico. Para dar saída a esta ação se revisaram mensalmente os prontuários clínicos individuais e avaliaremos as ações.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos da área, organizar a capacitação e atualização dos profissionais de acordo com os protocolos de HAS e Diabetes Mellitus (2013). Garantir a solicitação dos exames complementares e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconiza dose manter um registro das necessidades de medicamentos e atendimento odontológico dos usuários hipertensos e /ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde e organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Para dar saída a estas ações se avaliara conjuntamente com a dentista e enfermeira da equipe, as necessidades presentes na ESF e logo com os gestores da Saúde serão debatidas para garantir uma atenção de qualidade destes usuários. Garantir os protocolos e capacitar a equipe além de atualizar nos temas da saúde presentes.

Eixo de Engajamento Público:

Orientar os usuários e à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e /ou diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas

periodicamente, sobre a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade dos mesmos. Orientar os usuários e à comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso e orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Durante a realização das palestras na comunidade, aproveitaremos o espaço para falar sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e /ou diabetes, da importância da saúde bucal assim como a importância do cumprimento do esquema de tratamento adequado.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos, avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Realizamos esta ação mensalmente com a equipe onde realizamos atualizações e capacitações para garantir o seguimento adequado dos hipertensos e diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Esta ação, já se vem realizando desde que comece a trabalhar na unidade de saúde, com a avaliação dos prontuários clínicos individuais.

Eixo Organização e Gestão do Serviço:

Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e os diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Nas reuniões da equipe se organiza conjuntamente com os ACS as visitas domiciliares e consultas si precisam os usuários.

Eixo de Engajamento Público:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Já estamos levando esta ação, pois estamos realizando atividades, na comunidade, sobre a importância de realização das consultas e sua periodicidade e a prevenção de complicações destas doenças.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e /ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticosacompanhados na ESF Rogowski.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Manter as informações do SIAB atualizadas, implantar a ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Eixo de Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.Foi descrita nos parágrafos anteriores.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabéticos e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.Já descrita em capacitação das equipes.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para

doençacardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Eixo de Engajamento Público:

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo assim como conhecer da para a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4:Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos

usuários diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Eixo de monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientação nutricional, de atividade física, orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos e monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos. Em todas as consultas, grupos conversam com os usuários se realizam orientações sobre esses temas como objetivo de promover saúde e prevenir complicações das mesmas. Mediante os registros de hipertensos e diabéticos e nos prontuários vamos anotando os usuários que estão sendo orientados e ter o controle, além de parceria com outros profissionais como nutricionistas para a adequada orientação.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, orientação de atividade física, orientação do risco de tabagismo e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade e organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Serão discutidos com os gestores a presença de nutricionista pelo menos uns vês por mês em nossa área. Em cada consulta individual se realizam atividades de promoção de Saúde e prevenção de doenças.

Eixo de Engajamento Público:

Orientar aos hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudáveis, da prática de atividade física regular, risco de tabagismo e o tratamento para abandoná-lo sobre a importância da higiene bucal. Em nossa área realizamos palestras com os grupos e as comunidades sobre as doenças crônicas deste tema além da alimentação saudáveis, prática de atividade física, riscos de tabagismo e saúde bucal.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde e para oferecer orientações de higiene bucal com ajuda do dentista. Solicitar ao gestor de saúde para que a nutricionista do SUS faça uma capacitação sobre este tema, com toda a equipe.

Nas reuniões de equipe pretendemos fazer capacitação sobre como fazer a promoção das atividades físicas, risco de tabagismo de maneira que os usuários possam entender melhor sua importância.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4:Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A logística inicia pelos itens básicos para estruturar a intervenção em uma ação programática:

- » Protocolo ou Manual Técnico
- » Registro Específico
- » Monitoramento Regular

Para a realização com foco em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus será adotado Caderno de Atenção Básica de Hipertensão (2013) e Diabetes Mellitus (2013) do Ministério da Saúde. Para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com essas doenças realizaremos uma capacitação, que ocorrerá na própria ESF, para isto, será utilizada a reunião de equipe a cada 15 dias, quando se discutirá o tema de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus de nossa área.

Utilizaremos o prontuário de atenção aos usuários, já que esses registros contam com os dados necessários para avaliar e monitorar os indicadores da intervenção. Estimamos realizar durante os três meses o cadastro dos 60% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermagem registrará em um livro de registro todos os Hipertensos e/ou Diabéticos que vieram na ESF, para a realização de consultas ou para renovar tratamento ou por primeira vez, onde anotará todos os dados solicitados nos registros, além de juntas realizarem o monitoramento, de como vai a intervenção, número de exames realizados, os resultados dos exames, quantos são normais, ou alterados, quantos estão em acompanhamento pela ESF, quantos tem sido encaminhados para alguma especialidade como cardiologia, oftalmologia, nefrologia.

Logística:

Precisarei dos Agentes comunitários de saúde, os quais estão já realizando visita domiciliar, para retificar o cadastro dos usuários na faixa etária acima dos 18 anos

de nossa área de abrangência e tirar do cadastro os falecidos. Também preciso de 790 planilhas para cadastrar os usuários hipertensas maiores de 20 anos da área de acordo com o indicador de cobertura e dos diabéticos, tendo em conta que um usuário pode ser hipertenso e/ou diabético. Terá feito o cadastramento por quatro agentes comunitários de saúde, os quais serão os responsáveis de realizar o mesmo nos quatro meses de intervenção. Preciso de 30 canetas. O monitoramento destas atividades terá feito por a enfermagem e eu em cada reunião de equipe que realiza se cada 15 dias e se atualizará os prontuários de cada paciente.

Precisa-se também do consultório com mesa de reconhecimento e escada de dois degraus, da enfermagem ou técnica de enfermagem para acompanhamento na realização dos exames, de todo os materiais necessários para a realização dos mesmos, que inclui esfigmomanometro, estetoscópio, aparelham de teste de glicose, luvas, álcool e algodão fitos métrica, lençóis para a mesa de reconhecimento o exame, balanças e tabela antropomórfica.

Para realizar as palestras necessito da equipe de saúde e a comunidade. Então eu prepararei um documento com este tema e mediante atividades educativas (palestras, conversas, grupos), darei a conhecer a importância da realização da medição da pressão arterial como mínimo uma vista por ano e realizar o teste de glicose, para a prevenção da Hipertensão e da Diabetes, assim como identificar os fatores de risco modificáveis.

Também falarei de sua periodicidade de consulta e acompanhamento além de precisar da participação da comunidade nestas atividades. Preciso além de folhas para os nomes e assinatura dos usuários que receberam as orientações, tanto na comunidade, como na Unidade de Saúde.

As atividades de educação em saúde com a comunidade serão feitas na Igreja perto da ESF, onde realizamos a maioria das atividades, uma vez ao mês, que tem como responsáveis a Enfermeira e eu, na preparação dos temas e os ACS são os responsáveis da participação das comunidades dos bairros atendidos por eles. A administração da Secretaria de Saúde em conjunto com o Departamento de atenção aos ESF serão os responsáveis de garantir folhas, canetas, data show e computador.

Para estas ações se precisa do um espaço para realizar atividades educativas, a equipe da saúde e a comunidade em geral, da enfermeira para acompanhamento na realização dos exames, de todo o material necessário para a

realização dos mesmos, descrito anteriormente. Preciso além de folhas para os nomes e assinatura dos usuários que receberam as orientações, tanto na comunidade, como na Unidade de Saúde.

Para poder realizar a capacitação a equipe em geral, é preciso prepara um documento com tudo o relacionado à prevenção da Hipertensão e/ou a Diabetes Mellitus, que incluía: Importância da realização dos exames, cadastramento dos usuários das faixas etária acima dos 18 anos, o acolhimento e atendimento na ESF, periodicidade de seu acompanhamento, os riscos destas doenças, medidas de controle dos fatores de risco possíveis de modificação, o qual tem que ser ensinado em forma de palestra por minha à equipe, para que conte com todo o conhecimento necessário do programa de controle de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão e Diabetes.

As responsáveis por o monitoramento mensal dos registros de todos os usuários que recebem acompanhamento na unidade de saúde, da qualidade das pesquisas e pelo monitoramento dos registros é a enfermeira e eu, e precisarei do computador, impressora, das planilhas/ficha/registro específico de acompanhamento, além do trabalho dos ACS para citar a os usuários faltosos nas consultas.

Para o monitoramento da realização de avaliação de risco em todos osusuários acompanhados na unidade de saúde, só preciso dos esfigmomanómetros e os estetoscópios mais o glucosímetro e os reativos para realizar os exames o que deve ser garantido por os gestores municipais da Saúde.

2.3.4 Cronograma

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

Após termos transcorrido doze semanas de muito trabalho, mas também de satisfação de perceber quantas ações importantes e precisas construímos no transcurso destas semanas. Trabalho bem pensado e planejado em relação à necessidade de organizar e desenvolver melhor nossas estratégias para realizar a intervenção e assim melhorar o seguimento dos usuários com Hipertensão Arterial e a Diabete Mellitus com melhor qualidade em nossa ESF.

Nossas metas foram alcançadas por meio da sistematização constante, dedicação, responsabilidade e o comprometimento, que forem sempre as melhores ferramentas da equipe de saúde neste processo. Nosso motor impulsor na decisão de fazer este trabalho foi analisar que tínhamos um número muito baixo de hipertensos e diabéticos cadastrados em relação ao total da população estimada. Era evidente também que os cadastrados tinham um seguimento sem qualidade, primeiramente porque ao começar a trabalhar na ESF e contatar com os usuários, identifiquei que os usuários com doenças crônicas não tinham costume de realizar consultas periódicas, só renovação das receitas do tratamento contínuo mediante auxílio dos ACS que levavam as mesmas até casas dos mesmos. Ao que parece ninguém percebia os riscos aos quais os usuários ficaram expostos. Certamente, tínhamos um sub registro de diabéticos e hipertensos.

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Ao começo planejamos todo um conjunto de ações encaminhadas ao intento satisfatório dos objetivos e metas. Tudo isso com prévia autorização dos gestores de saúde municipal. Nossa maior fortaleza foi ter uma equipe comprometida e conscientizada na importância deste trabalho, além de não estar completa a equipe

no começo da Intervenção, outra fortaleza foi a boa adesão da população á ESF e ao projeto, devido às características da população, também as responsáveis Agentes Comunitárias de Saúde da equipe, sem as quais o trabalho não tivera sido possível.

O planejamento das ações foi registrado no cronograma de trabalho sendo planejadas 11 atividades que forem desenvolvidas em 12 semanas sucessivas. Situação que afetou um alcance maior dos usuários, já que a quantidade de população e usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, de acordo com a estimativa é muito grande, para fazer em 12 semanas, diante disso conseguimos avaliar mais do 60% dos usuários, que foi a meta traçada em nossa intervenção. A equipe trabalhou sempre unida desenvolvendo cada um dos integrantes suas funções baixas a ético Profissional.

No começo apresentamos dificuldades para dar cumprimento ao cronograma, a Enfermagem da ESF, que já tinha conhecimento do projeto e esteve de acordo com as atividades propostas, saiu de Licença Pré-natal, o que levou a uma equipe de trabalho incompleta. Na primeira semana da intervenção tivemos ausência de enfermeira, mais depois foi ocupada por outra Enfermeira, o qual ajudou no trabalho do dia na ESF. Estas trocas do profissional da enfermagem nos levou a ter maior dificuldade no cumprimento do Cronograma, fundamentalmente nas atividades de capacitação à equipe, na medição de pressão arterial e realização de hemoglicoteste.

Foram avaliados conjuntamente os objetivos da intervenção com a equipe novamente e com os gestores de Saúde Municipal, mas tivemos o consentimento totalitário para realizar as atividades planejadas no cronograma.

Nas reuniões da equipe foi avaliado o mapeamento da área de abrangência, correspondente a ESF, os ACS de cada micro áreas, assim como as estimativas e o comportamento do cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos. Foi realizada a capacitação da equipe no cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos, para verificação da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste

Garantimos o 100% dos registros, acolhimento adequado, material (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica e hemoglicoteste) para os usuários portadores de HAS e /ou Diabetes Mellitus da ESF mediante a realização mensal do pedido à farmácia da secretaria de Saúde para garantir o material

conforme à quantidades de usuários do área. Além faz o pedido por a Enfermeira da ESF, mensalmente para garantir os registros.

Informamos a comunidade mediante palestras em clubes, grupos, realizou-se conversas sobre a existência do Programa, sobre a importância do rastreamento de DM e fatores de risco e a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Realizamos o exame clínico apropriado aos usuários nas consultas e a indicação dos exames laboratoriais de acordo ao protocolo, aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da ESF Rogowski, além de avaliar a necessidade de atendimento odontológico mediante avaliação conjuntamente com a dentista, enfermeira da equipe e auxiliar de dentista e organizamos agendamento odontológico destes usuários.

Além das consultas individuais nestes três meses de intervenção, as atividades com os usuários em grupos aumentou, realizamos palestras e conversas para orientar aos usuários e comunidade em geral, sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e /ou diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Sobre a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade dos mesmos, da importância da saúde bucal assim como a importância do comprimento do esquema de tratamento adequado.

Nas reuniões da equipe se organiza conjuntamente com os ACS, as visitas domiciliares e consultas que precisam os usuários, também realizamos as visitas domiciliares aos usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos e agendamos de novo para acolher os hipertensos e os diabéticos provenientes destas buscas domiciliares.

Informamos à comunidade sobre a importância de realização das consultas e esclarecemos aos portadores de hipertensão e diabetes sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e a prevenção de complicações destas doenças mediante palestras e conversas além das consultas individuais dos usuários e capacitamos também aos ACS para a orientação de hipertensos e /ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Mantemos as informações do SIAB atualizadas, capacitamos à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso

e/ou diabéticos e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Em todas as consultas, grupo, conversa com os usuários se realizaram orientações sobre temas para promover saúde e prevenir complicações das mesmas. Orientamos aos hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudáveis, da prática de atividade física regular, risco de tabagismo e o tratamento para abandoná-lo e sobre a importância da higiene bucal. A equipe da unidade de saúde tem capacitação sobre as metodologias de educação em saúde e para oferecer orientações de higiene bucal com ajuda do dentista.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.

Todas as ações forem desenvolvidas e cumpridas integralmente durante a intervenção exceto o atendimento odontológico aos diabéticos e hipertensos que foi desenvolvida parcialmente pela falta de materiais necessários. Apesar disso, destacou-se o trabalho desenvolvido pela Odontóloga e auxiliar de saúde bucal, não só no atendimento nas consultas odontológicas, mas também nas atividades de educação em saúde nos grupos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Para iniciar a intervenção adotamos uma primeira estratégia cadastrar os hipertensos e diabéticos que procuravam atenção na unidade de saúde, também outras maneiras de captação foram às reuniões que passamos a realizar na comunidade, nas quais buscamos identificar e conscientizar os usuários hipertensos e diabéticos e com risco para essas condições crônicas sobre a importância da realização de consultas periódicas para controle de sua doença e para evitar complicações.

Realizamos também algumas reuniões com os gestores de saúde para debatermos o projeto de intervenção, e para formularmos estratégias para melhorar o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos da unidade.

Depois de capacitar e conscientizar os integrantes da equipe acerca das suas respectivas funções e de cadastrar todos os hipertensos e diabéticos pertencentes a nossa ESF, passamos a executar o cronograma de atividades do Projeto de Intervenção.

O empenho da equipe de saúde foi um fator importante no alcance dos objetivos. Foram realizadas buscas na comunidade, em toda área de abrangência, de todos os hipertensos e diabéticos, inclusive daqueles que estavam realizando atendimentos pela rede privada, para que fossem incentivados a realizarem o acompanhamento pela equipe de saúde.

As atividades desempenhadas para todos esses hipertensos e diabéticos cadastrados incluíram orientações sobre alimentação adequada, sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool, sobre a importância da higiene bucal e do tratamento das doenças bucais odontológico, sobre a necessidade de seguir o tratamento orientado e de realizar os exames indicados, entre outras atividades para o controle das doenças, todas de grande importância para evitar as complicações. Todos os cadastrados receberam orientações sobre a importância da prática de exercício físico, além de outros fatores que poderiam prejudicar a sua saúde.

Durante os três meses de trabalho, as visitas domiciliares foram realizadas pela técnica de enfermagem, enfermagem, pelas Agentes Comunitárias de Saúde e por mim, para avaliar o modo e estilo de vida de cada um dos nossos hipertensos e diabéticos, assim como as suas necessidades. A participação da comunidade foi importante em nosso projeto, mas sua atuação foi praticamente restrita aos clubes de mães e grupos de Hiperdia que ajudaram para que conseguíssemos propiciar um seguimento adequado de todas as hipertensas e diabéticas que deles participam.

Durante a realização das atividades, incluindo as educativas e preventivas, mantivemos a planilha de dados e as fichas espelho devidamente atualizadas. Dessa forma, não tivemos problemas com a sistematização dos dados e o fechamento das planilhas. Em cada consulta aproveitamos para detalhar todos os dados clínicos e exames físicos, enfatizando o registro nos prontuários e nas fichas espelho da realização dos exames complementares.

Referentes ao cálculo dos indicadores apresentaram dificuldades inicialmente para consolidar os dados, já que alguns indicadores apresentaram percentuais superiores a 100 %. Diante disso fizemos uma análise e identificamos um erro no preenchimento da planilha causada por falta de entendimento no momento do

preenchimento de alguns dados, questão que posteriormente foi resolvida junto com a orientadora.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

As ações desenvolvidas durante a intervenção estão sendo integradas nas atividades do cotidiano na equipe. Temos bem organizado o livro de agendamento, os prontuários se mantêm com descrição detalhada do exame físico, exames complementares, atividades educativas e tratamento medicamentoso preconizado.

Considero muito importante reconhecer o trabalho da equipe em geral e principalmente das ACS, que foram fundamentais na obtenção dos resultados. A população já tem conhecimento dessa nova estratégia de intervenção, e encontra-se comprometidas com este trabalho, porém de agora em diante o trabalho será mais organizado. Na nossa equipe na ESF estamos mantendo o grupo de hipertensos e diabéticos, aproveitamos o espaço para aprofundar os conhecimentos dos participantes sobre diversos temas. Conseguimos também agregar ao grupo outros usuários com fatores de risco para estas doenças.

Tudo vai continuar sendo feito com a mesma qualidade e responsabilidade, pois acreditamos que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças que tem uma alta incidência e são fatores de risco modificáveis em que podemos atuar para promover qualidade de vida e evitando eventos cardiovasculares, hoje principal causa de morte da população brasileira.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve como objetivo geral qualificar a atenção dos usuários Hipertensos e dos Diabéticos na ESF Rogowski, Santo Ângelo. Rio Grande do Sul, adstritos à área de abrangência.

No levantamento realizado antes da intervenção foi verificado que a população residente na localidade é de 3.988 pessoas, sendo a estimativa de 607 usuários hipertensos com 20 anos ou mais, residentes na área e de 150 usuários diabéticos, de acordo ao Caderno de Ação Programática. Antes do início da intervenção tínhamos registro da existência de apenas 385(63,4%) hipertensos e 85(55%)diabéticos, sendo que apenas poucos desses tinham acompanhamento adequado. Vale destacar que muitos destes usuários só tinham o prontuário individual com o relato da prescrição de alguns medicamentos e tinham acompanhamento em outra unidade (Posto 22 de Março, por ter aqui consultas centralizadas de HAS e DM. Os hipertensos e diabéticos, os quais compareciam á ESF para renovação de receitas, feita muitas vezes pelos os ACS. Esses usuários eram acompanhados por vários médicos o que levava a um acompanhamento inadequado. Todos esses fatores motivaram a equipe, para realização da Intervenção.

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 – Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus ESF Rogowski

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus ESF Rogowski

Durante a intervenção foram cadastrados 394 hipertensos (65,0 % dos hipertensos estimados para a área) e 114 diabéticos (76,0% dos diabéticos estimados para a área). Considero que pode existir um subregistro de usuários com respeito ao mapeamento total da área de abrangência. Com essa situação tomou-se a estratégia que cada paciente maior de 20 anos que chegara de forma espontânea ou programada e realiza-se acolhimento adequado, com medida de pressão arterial e realização de Hemoglicoteste em caso que tiver risco de Diabetes.

A partir de uma análise progressiva da cobertura temos no primeiro mês 126 hipertensos (20,8%), no segundo mês 274 hipertensos representando (45,1%) e no terceiro mês 394 hipertensos, totalizando (65,0 %). Em relação aos diabéticos foram cadastrados no primeiro mês 41 diabéticos (27,3%), no segundo mês 95 diabéticos (63,3%) e no terceiro mês 114, que representa o (76,0%) dos diabéticos da área de abrangência.

As ações que mais auxiliaram na captação das pessoas pertencentes a intervenção foram o rastreamento de maiores de 20 anos para HAS com a tomada da pressão arterial e para DM com a realização da glicemia capilar, revisão dos prontuários e a busca ativa realizada pelos ACS que realizavam visitas domiciliares de rotina observando a assiduidade do acompanhamento e local de seguimento dos hipertensos e diabéticos e orientando-os a realizar adequadamente seu tratamento na ESF e as atividades de grupo realizadas, além da boa adesão dos usuários à ESF e à intervenção.

A meta de cobertura para cadastro de hipertensos foi superada acima da proposta (60%) e tem grande significado, porque todos os usuários foram avaliados segundo o protocolo. A meta de cadastramento de diabéticos foi também alcançada, superando a meta traçada.

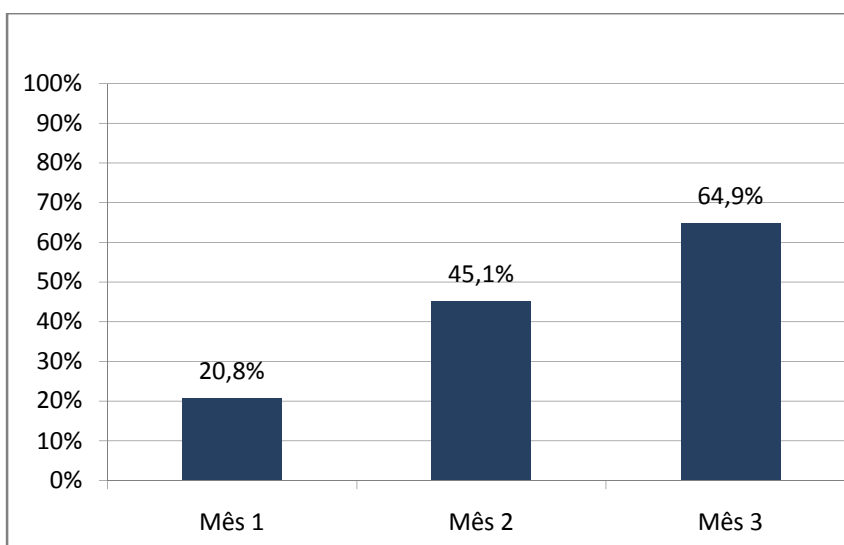


Figura 3 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Rogowski, Santo Ângelo /RS, 2015.

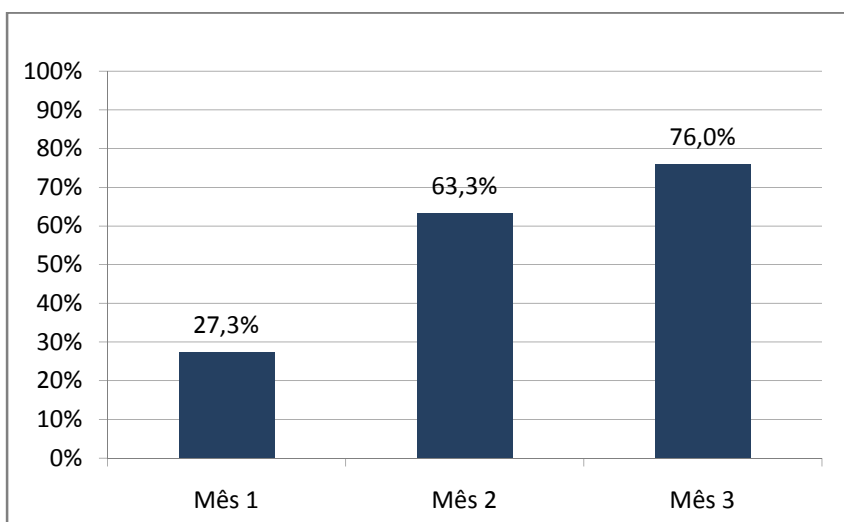


Figura 4 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Rogowski, Santo Ângelo /RS.

Objetivo 2: Melhoria da qualidade de atenção ao programa de HAS e Diabetes Mellitus.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Foi realizado o exame clínico apropriado em 98,2% dos usuários participantes da intervenção. No primeiro mês foi feito o exame em 117 (93,0%) usuários hipertensos e 39 (95,1%) diabéticos. Foi aumentando no curso dos

meses, no segundo mês foi feito em 269 usuários hipertensos que corresponde ao 98,2 % e 94 diabéticos para o 98,9%, já no terceiro mês foi feito em 387 usuários hipertensos e 112 diabéticos para o (98,2 %). Não conseguimos alcançar a realização do exame clínico em 100% dos usuários da intervenção, porque temos usuários acamados que forem avaliados durante a visita domiciliar e não acompanhados por alguns familiares que ajudaram na realização do mesmo. Nessas situações fizemos visitas repetidas para alcançar um atendimento com qualidade.

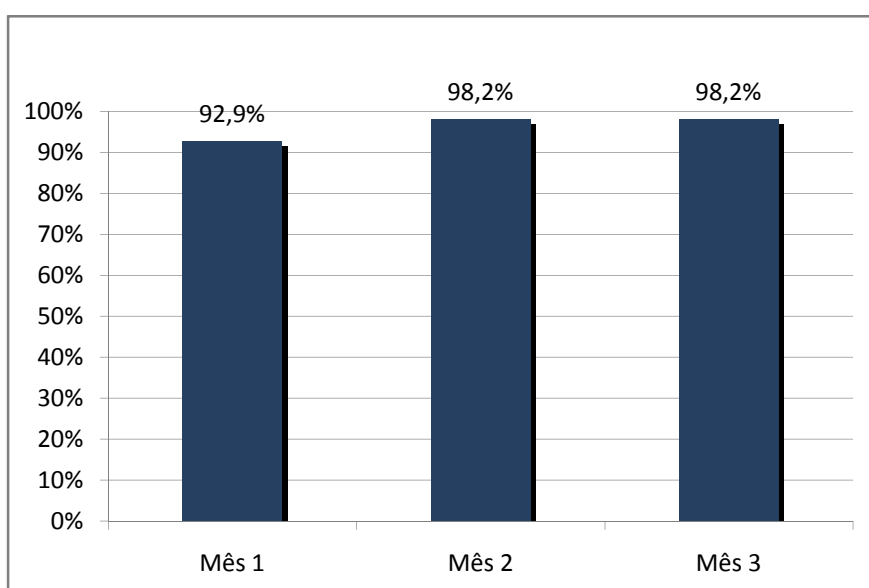


Figura 5 Gráfico Proporção de Hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.
Fonte: Planilha UFPel, 2015

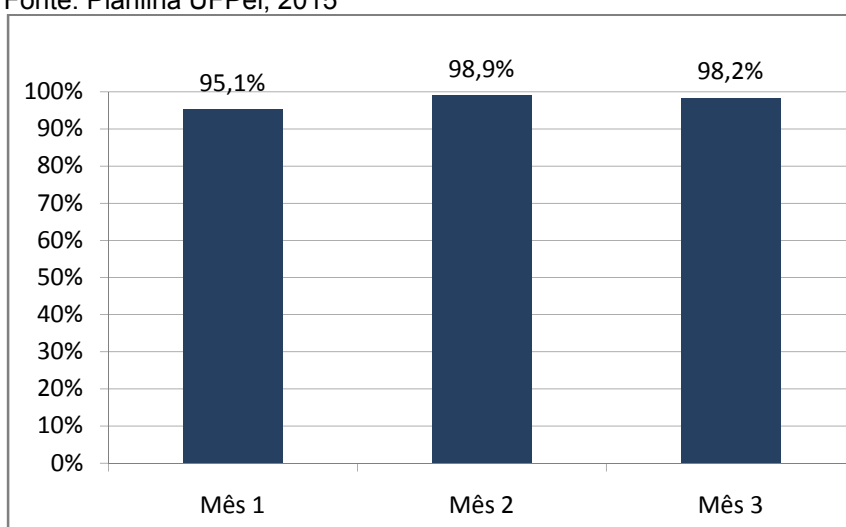


Figura 6 Gráfico Proporção de diabético com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

Meta. 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta. 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Os exames complementares para avaliação dos hipertensos e diabéticos conforme o que é determinado pelo MS foi solicitado para 100% desses usuários, porém uma pequena parcela retornou para entrega dos mesmos. Para os que têm hipertensão, no primeiro mês da intervenção foram identificados um 88,1% (111 de 126 hipertensos) com exames complementares em dia de acordo ao protocolo, no segundo mês 98,2%(269 de 274 hipertensos) e no terceiro mês já 381 de 394 usuários (96,7%) estavam com os exames complementares em diade acordo com o protocolo. Para os diabéticos a porcentagem no primeiro mês ficou em torno de 92,7 % dos avaliados (38 de 41 diabéticos), no segundo mês 97,9% (93 de 95 diabéticos) e no terceiro mês da intervenção o 97,4% (111 de 114 diabéticos) realizaram os exames complementares.

Em relação a essa ação o que mais ajudou foi o acordo de facilitação de realização desses exames com a Secretaria Municipal de Saúde, que facilitou a disponibilidade dos exames laboratoriais essenciais (eletrocardiograma; dosagem de glicemia, colesterol total e suas frações, creatinina, potássio e realização da análise do sedimento urinário), e a ajuda da técnica de enfermagem para carimbar os mesmos em conjunto com as agentes de saúde.

O que contribuiu para o não alcance de 100% da metade realização dos exames complementares de acordo ao protocolo foi à dificuldade dos acamados para a realização dos mesmos, além de ter conseguido em alguns casos, acordando com a Secretaria de Saúde, a extração da mostras em domicílioou a facilitação do transporte, mas em alguns casos não havia apoio dos familiares ou responsáveis.

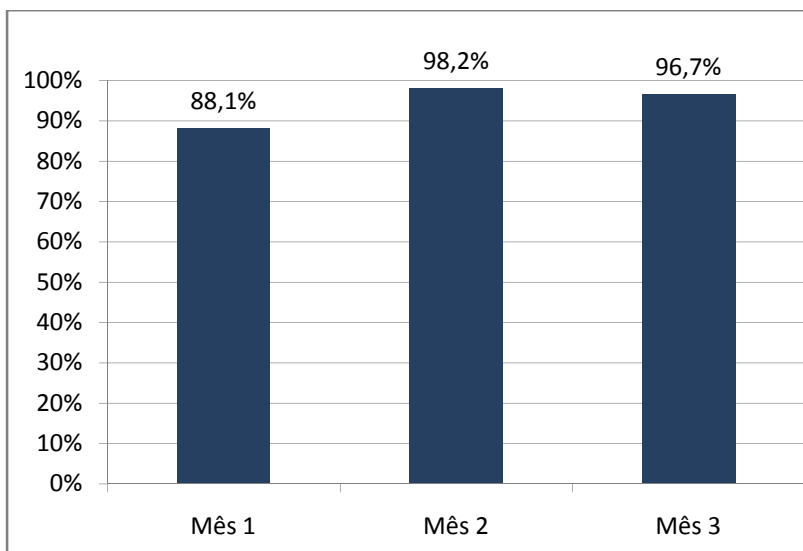


Figura 7 Gráfico Proporção de Hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

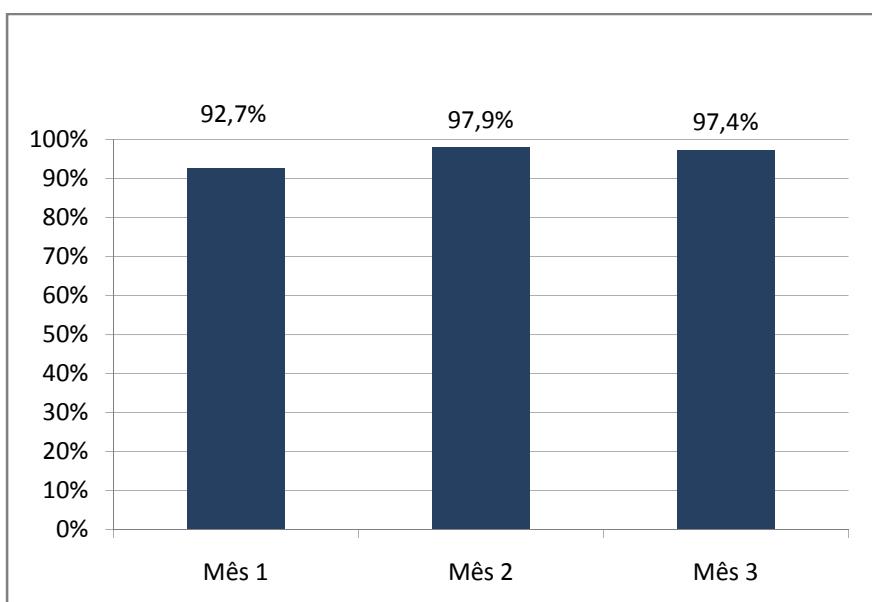


Figura 8 Gráfico Proporção de Diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

Meta. 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos fornecidos pelo SUS na ESF e na secretaria de saúde para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta. 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos fornecidos pelo SUS na secretaria de saúde e na ESF para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Anteriormente a intervenção nem todos os usuários tinham prescrição com medicamentos pertencentes à lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular, dos hipertensos 99,0% (389 de 394) portam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular ou HIPERDIA e 1,0 % não. Dos diabéticos 99,0% (113 de 114) tem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular ou HIPERDIA e 1,0 % não. Não conseguimos garantir o 100 % da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular ou Hiperdia aos 100 % dos hipertensos e diabéticos, mas estive perto de alcançá-lo. Acho muito significativa as atividades de educação para a Saúde, em grupos ou individuais em cada consulta, onde as orientações sobre os medicamentos e o acompanhamento destas doenças crônicas, têm muita importância e ainda mais garantir, de forma continua os medicamentos. Influi de forma negativa o duplo atendimento de alguns usuários, na ESF e no privado, quem tem os medicamentos prescritos que não são da rede de HIPERDIA ou Farmácia Popular.

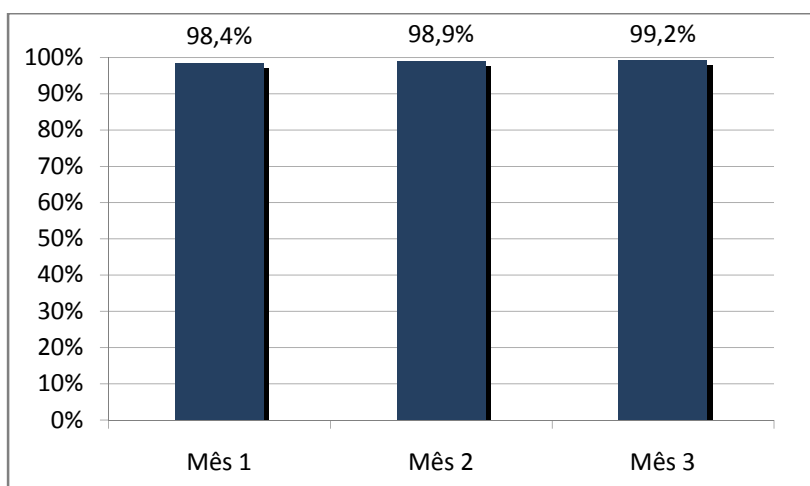


Figura 9 Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

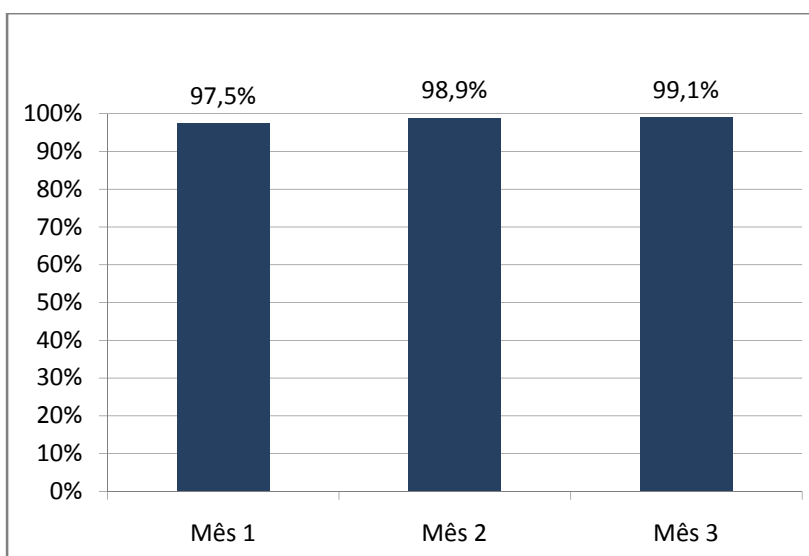


Figura 10 Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na ESF Rogowski, Santo Ângelo/RS.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta.2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Em relação às metas garantir avaliação da necessidade de atendimento odontológica a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos diabéticos, preconizada pelo MS, foi realizada no primeiro mês em 80,2% (101 de 126 hipertensos), no segundo mês 97,4% (267 de 274 hipertensos) e no terceiro mês da intervenção 97,5% (384 de 394 hipertensos). Já os diabéticos tiveram no primeiro mês essa avaliação em 82,9% (34 de 41 diabéticos), no segundo mês 95,8% (91 de 95 diabéticos), no terceiro mês 96,5% (110 de 114).

No começo da intervenção achava que a avaliação só poderia ser feita pelo dentista, mas com as orientações da orientadora vi que também poderia fazer-la. Na reunião da equipa para o monitoramento da intervenção eu levei a proposta e com a ajuda da dentista que orientou sobre o modo de fazer a avaliação esse indicador teve uma melhora progressiva. Uma vez realizada a avaliação da necessidade do atendimento odontológico, verificávamos a prioridade e dependendo da magnitude do problema odontológico, agendávamos as consultas. É importante destacar o trabalho e ajuda da dentista e auxiliares de saúde bucal que colaboraram no agendamento

dos usuários e nas atividades coletivas implantadas na ESF com a participação da equipe odontológica.

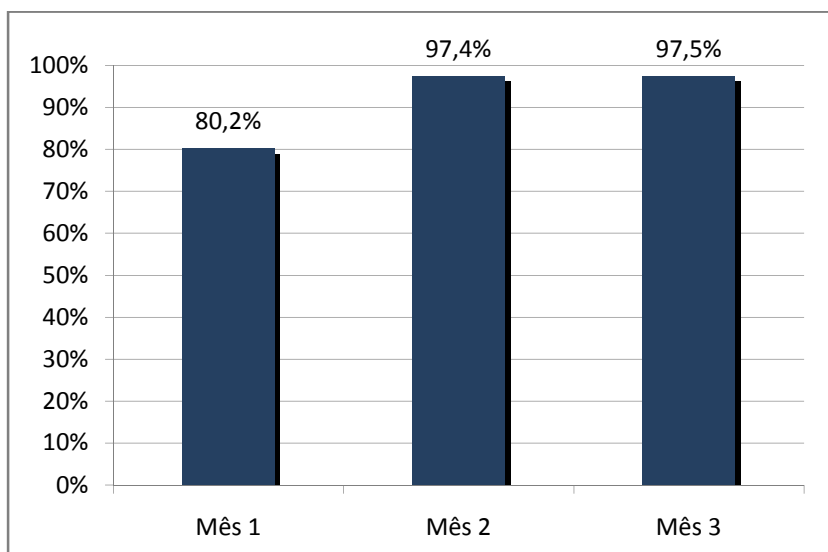


Figura 11 Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.2015.

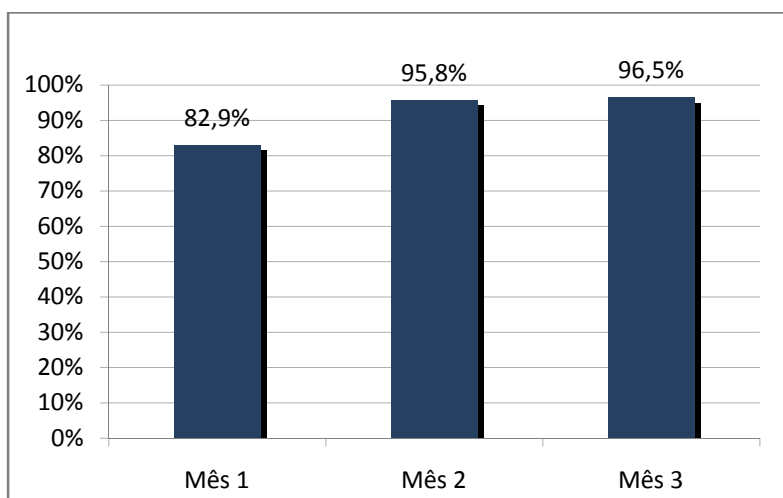


Figura 12 Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta.3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

No primeiro mês dos 13 hipertensos e quatro diabético faltaram a consultas, ao final do segundo mês 14 hipertensos e 3 diabéticos e no final do terceiro mês 16 usuários hipertensos e 4 diabéticos. Sendo que em todos os meses 100% dos faltosos receberam busca ativa e em seguida a consulta. A atividade facilitadora para a obtenção desses resultados foi a busca ativa pelas ACS, as palestras e orientações realizadas por toda a equipe da unidade para resgatar os usuários que estavam com seu acompanhamento comprometido por absenteísmo, a organização da equipe para o agendamento, as visitas domiciliares dos ACS, enfermeira e médica, além do apoio dos líderes comunitários como os clubes de mães fundamentalmente, que promovem a importância destas consultas mediante conversas.

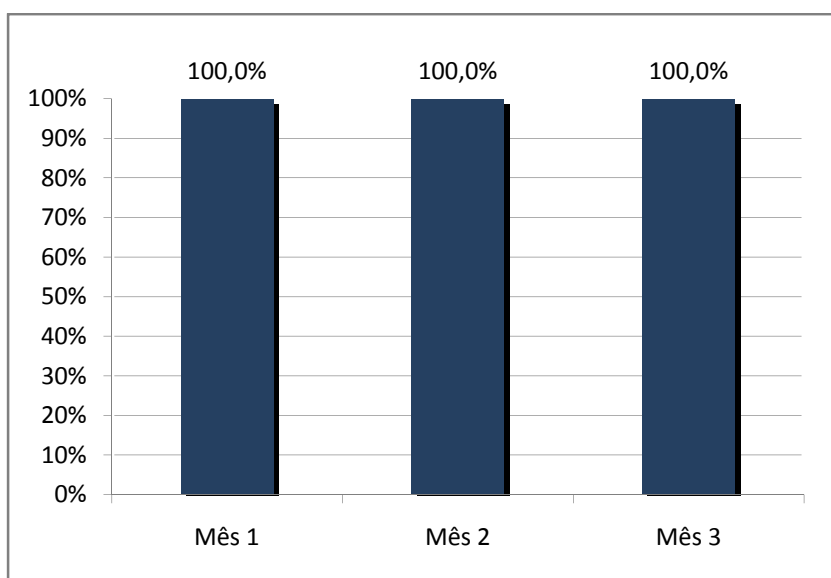


Figura 13 Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

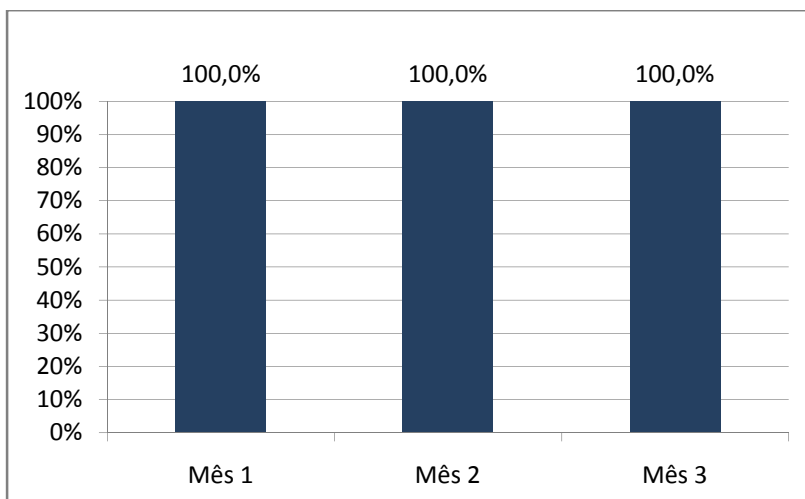


Figura 14 Gráfico Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Conseguimos chegar próximo de atingir a meta, pode-se observar que (99,2%) 391 de 394 usuários hipertensos e 100 % dos diabéticos contavam com um registro adequado na ficha de acompanhamento. Tivemos a facilidade de contar em tempo com material impresso – das fichas-espelhos para o registro adequado dos usuários onde conseguimos completar o registro com as informações dos novos usuários cadastrados e com as informações dos usuários atendidos desde o início da intervenção.

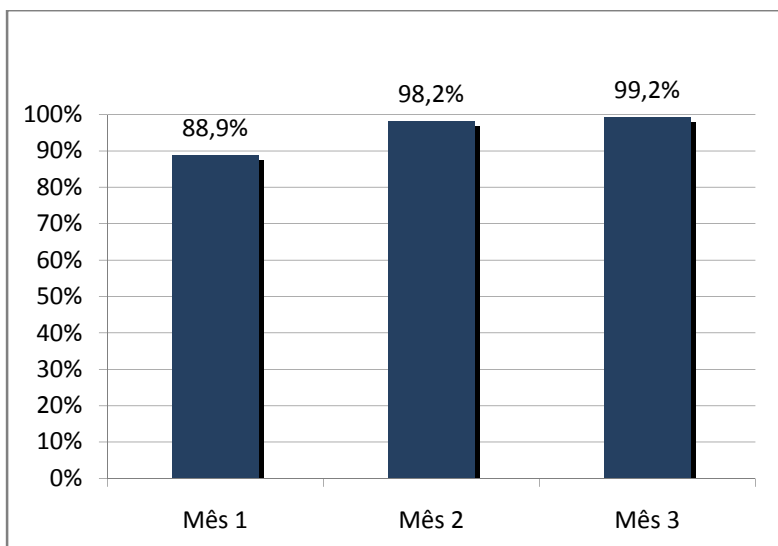


Figura 15 Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.2015.

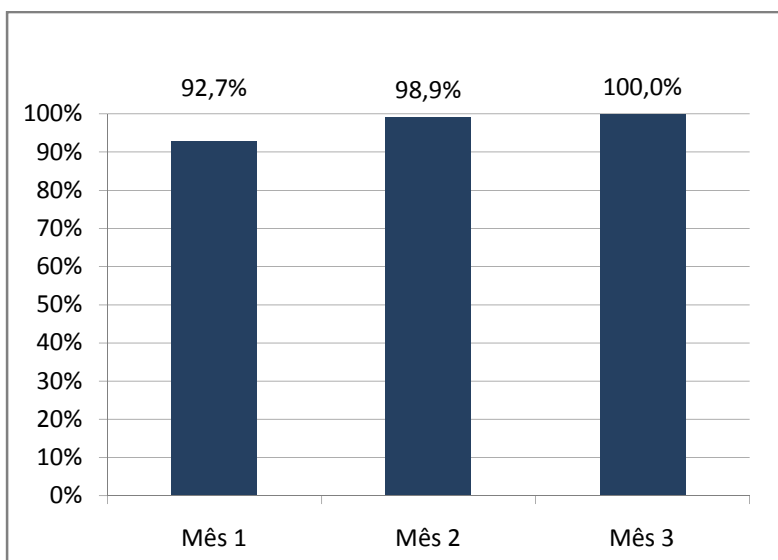


Figura 16 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

Objetivo 5. Avaliação de risco cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Foi estabelecido como meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, atingindo o 99,0 % da meta durante os três meses da intervenção, onde foi aplicada ao 99,0% dos hipertensos(389) e diabéticos(113) a escala de Framingham classificando a estratificação de risco referida, tendo no primeiro mês 114 hipertenso e 38 diabéticos, no segundo mês 269 hipertensos e 94 diabéticos e ao final do terceiro mês tínhamos conseguido o 99,0 % dos hipertensos e diabéticos (389 e 113 usuários).

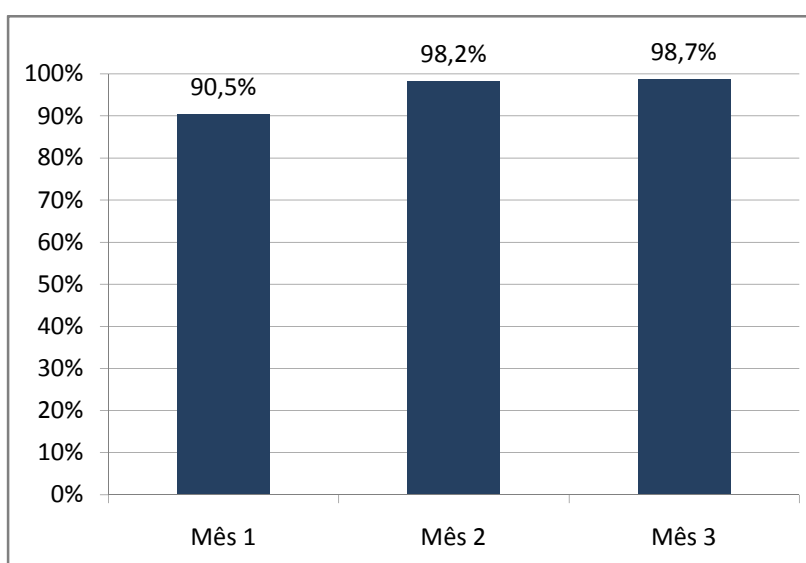


Figura 17 Gráfico Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.2015.

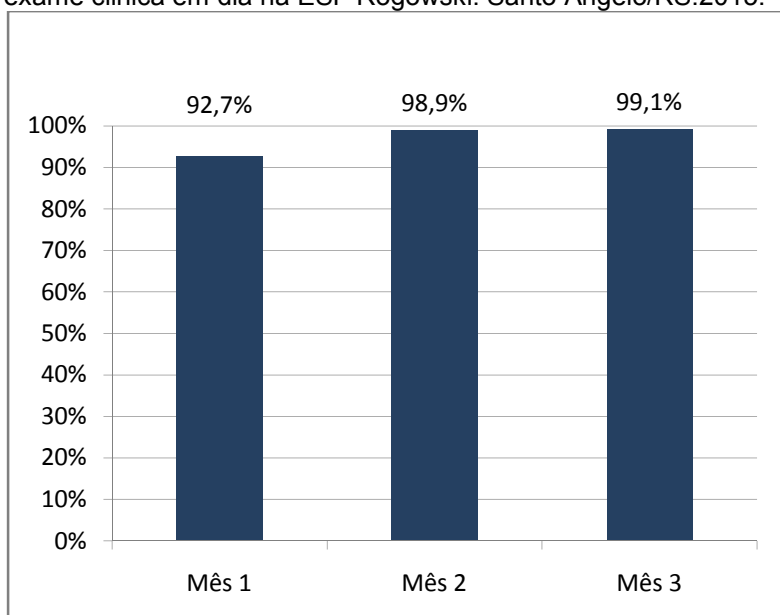


Figura 18 Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

As orientações em relação às modificações do estilo de vida que incluem orientação nutricional sobre alimentação saudável, práticas de atividade física e sobre riscos do tabagismo foram realizadas para quase a totalidade dos usuários, seja no momento da consulta de maneira privada e respeitando as particularidades de cada um, ou de maneira coletiva nas palestras realizadas antes dos agendamentos uma vez por semana, nos grupos de HIPERDIA, nas atividades de grupos, e os atendimentos pelas diferentes micro-áreas da ESF. Não foram feitas orientações sobre tabagismo em uma paciente de 16 anos com Diabetes e em cinco usuários com Hipertensão Arterial acamados, com

seqüelas de ACV (Acidente Cérebro Vascular). Dessa forma as metas propostas foram atingidas quase integralmentenos meses da intervenção.

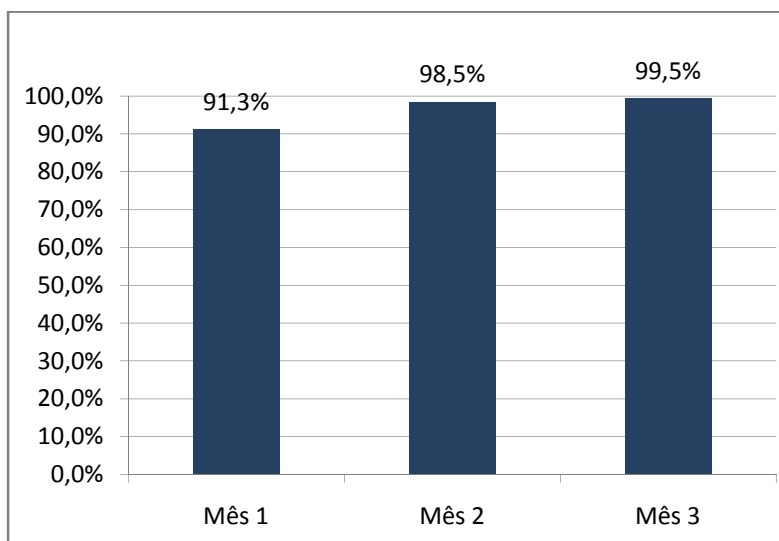


Figura 19 Gráfico Proporção de Hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

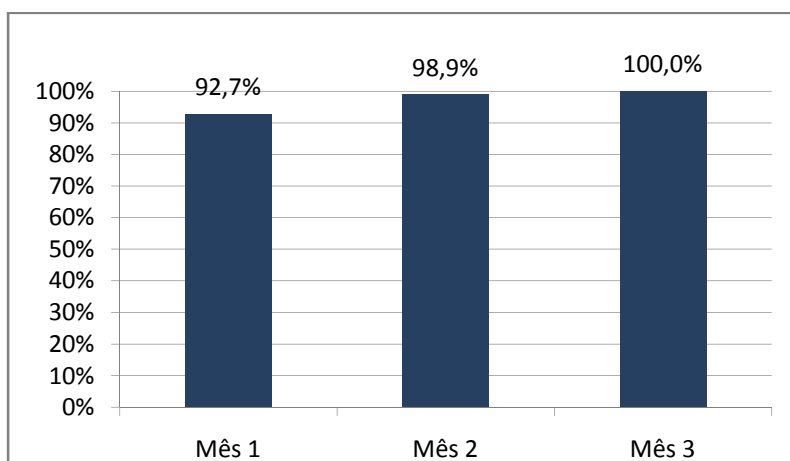


Figura 20 Gráfico Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

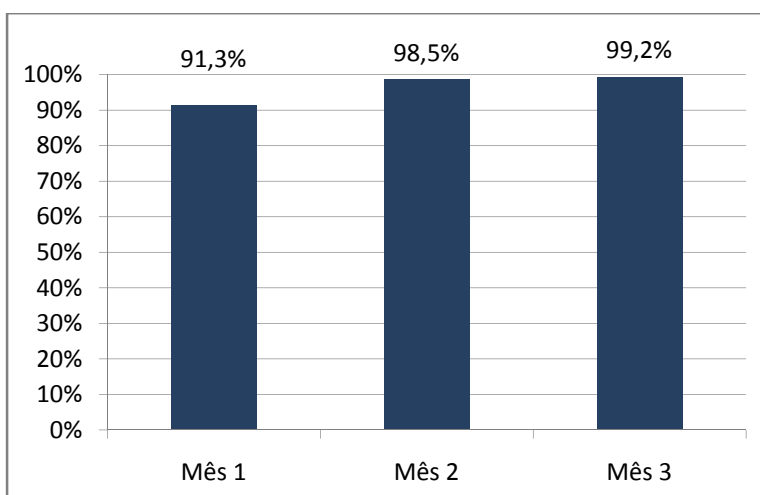


Figura 21 Proporção de Hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

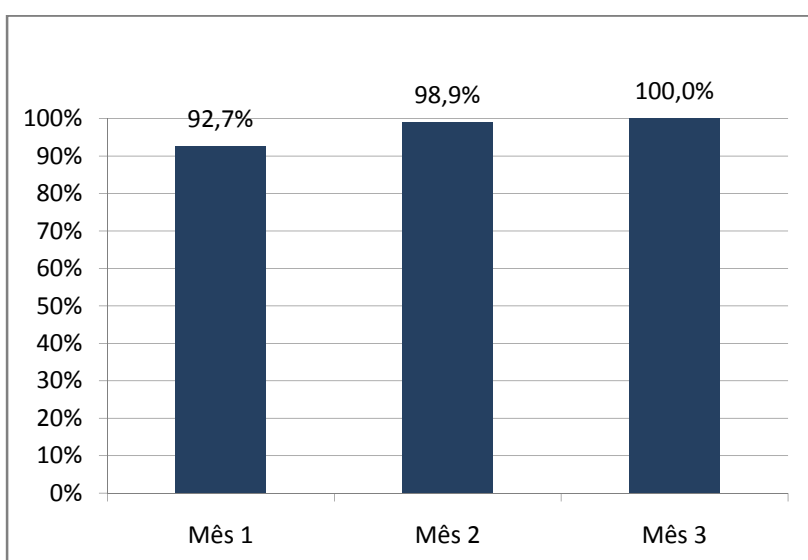


Figura 22 Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

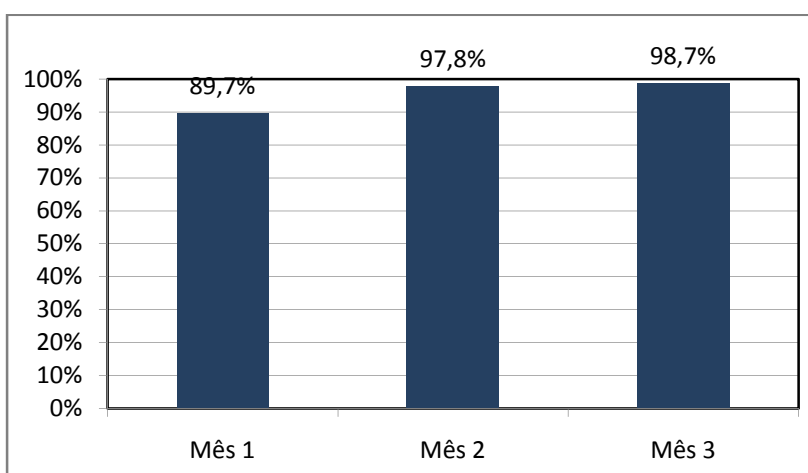


Figura 23 Gráfico Proporção de Hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

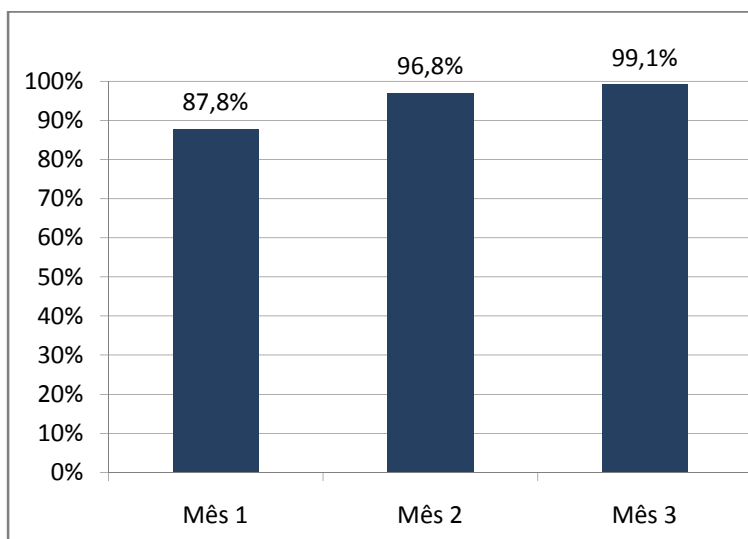


Figura 24 Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

As orientações sobre higiene bucal foram oferecidas ao 99,5 % (392 de 394 usuários hipertensos e no 100 % dos diabéticos (114) pelo médico, técnica de enfermagem, enfermagem e a equipe de saúde bucal nas consultas individuais e nas atividades educativas realizadas nos três meses da intervenção. Os ACS ajudaram para lograr quase as metas em sua totalidade, orientando os usuários e famílias em geral sobre as metas propostas.

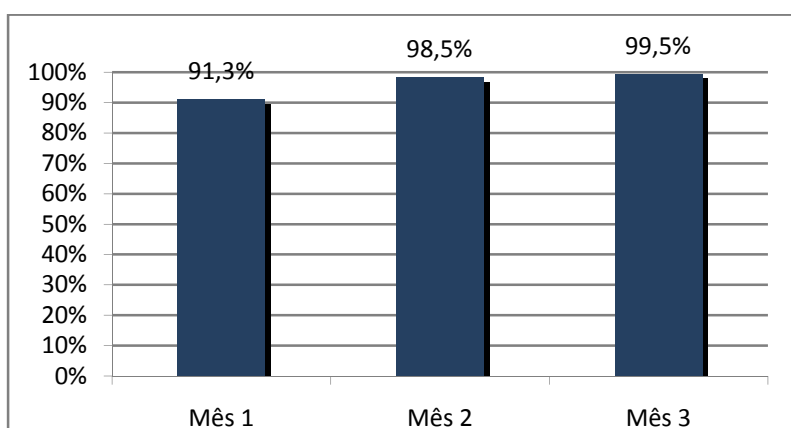


Figura 25 Gráfico Proporção de Hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

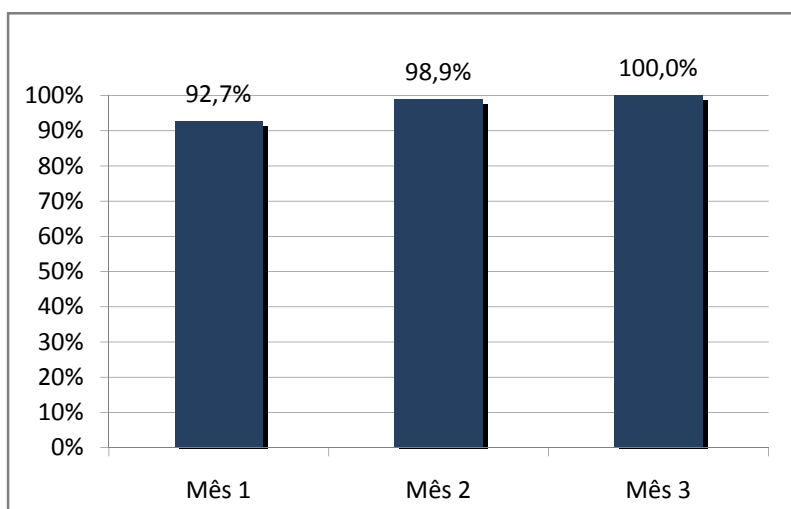


Figura 26 Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

4.2 Discussão

Na ESF Rogowski com a intervenção no programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos atendidos no serviço de forma integral.

A importância da intervenção para a equipe de saúde foi o aumento dos seus conhecimentos sobre a hipertensão e diabetes, doenças muito comuns na comunidade. Conseguimos organizar melhor o trabalho de forma geral. Cada profissional soube quais eram suas atribuições no trabalho segundo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde para que fosse realizado o cadastramento dos usuários, seguimento, acompanhamento, tratamento das patologias e suas complicações.

Com a intervenção conseguiremos monitorar os usuários que estão controlados e quando não, sabemos se tem ou não uma doença cardiovascular ou pé diabético. Estes elementos permitiram a equipe interagir mais com a comunidade, as famílias, o indivíduo e oferecer uma melhor educação em saúde. Também foi possível conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população nessas doenças e outras originadas pelas complicações delas, como insuficiência renal crônica, cardiopatias, doenças cerebrais, entre outras.

Para a comunidade, a intervenção representou uma melhoria do acesso à saúde, de uma forma gratuita e com equidade e qualidade, o que representou um passo muito importante na história da Unidade, já que pela primeira vez foi realizado um trabalho de intervenção tão próximo da comunidade. Novos conhecimentos foram incorporados pelos pacientes hipertensos e diabéticos e pela comunidade, a qual ficou satisfeita com a intervenção e com nosso trabalho. O principal líder da comunidade tem conhecimento da intervenção e colabora para ampliar a divulgação na região. Acredito que a intervenção representou para a comunidade a segurança de que a equipe de saúde está preocupada e comprometida com sua saúde, disposta a contribuir para que todos possam viver com qualidade, mesmo portando doenças crônicas.

A intervenção não fez com que existissem problemas durante o atendimento dos usuários na ESF no momento das consultas porque os usuários hipertensos e diabéticos foram agendados nas consultas de forma organizada, distribuídos nos dois turnos de trabalho da ESF e tendo presente os horários de maior afluência de demanda espontânea.

Em relação à viabilidade de incorporar a intervenção na rotina do Serviço, devo afirmar que o programa já estava sendo feito na ESF, só que com poucos usuários e não tinha a qualidade que requer. Agora, estão aumentando a quantidade de usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Por enquanto, continuamos com o trabalho e acompanhamento deles até alcançar 100% com atendimento na ESF e assim, num futuro melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

Caso eu fosse iniciar a Intervenção neste momento investiria mais tempo e atenção à discussão prévia com a comunidade sobre as ações que serem desenvolvidas. Ouviria a opinião de toda a comunidade e faria eventuais ajustes, preservando os objetivos e valorizando a importância desta intervenção. Também daria maior ênfase à apresentação do projeto ao gestor municipal e ao pessoal da prefeitura, procurando demonstrar a importância da intervenção para a comunidade, e as possibilidades que se abririam para sua ampliação para todo município.

Passados os três primeiros meses da intervenção, percebo que a equipe está integrada, e precisamos continuar para conseguir incorporar a intervenção à

rotina do serviço. Para isso ser viável, vou ampliar o trabalho de conscientização da gestão da necessidade de organização do serviço, tomando este projeto como exemplo pretendeu programar a organização da atenção no modelo da intervenção para pessoas idosas, crianças, pré-natal e puerpério, considero que o principal passo já está dado, que é a integração da equipe e a organização dos serviços. Temos agora mais experiência e estamos mais bem preparados para enfrentar as dificuldades.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caro Gestor

Venho através de este relatar minha experiência sobre a intervenção realizada na ESF Rogowski, Santo Ângelo, RS. Neste ano que estive vinculada ao Programa Mais Médico para o Brasil, que visa a valorização da atenção básica, em certo período da especialização soube que haveria de escolher uma ação programática que estivesse deficiente na ESF para realizar uma intervenção para melhorar a atenção a este grupo. Após analisar o perfil dos usuários que consultavam a qualidade do acompanhamento dos usuários com Doenças Crônicas não Transmissíveis na ESF, foi feita a reunião com a equipe e optamos por intervir na qualificação da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da área porque acreditamos que havia muito que melhorar nessa ação programática. Além disso, tenhamos poucos usuários acompanhados na ESF, sendo que a maioria estava consultando na consulta central de Hipertensão e Diabetes no Posto de Saúde 22 de março, onde forem feitas as renovações de receitas destes usuários.

Tínhamos como meta ampliar a cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos para 50%, em três meses visto que anteriormente da intervenção apenas 30% realizava o acompanhamento na unidade, fundamentalmente para a entrega dos remédios e não o acompanhamento como indica o Protocolo para estes usuários. Conseguimos cadastrar 394 usuários hipertensos (65,0%) e 114 usuários diabéticos o que representa 76% da nossa área de abrangência maior de 20 anos e realizar acompanhamento como indica o Protocolo para esses usuários. Conseguimos alcançar esse resultado devido à união de toda equipe que se mostrou empenhada em melhorar o atendimento.

A Equipe trabalho unida, após da capacitação dos integrantes, cada um teve orientado qual seria o papel a desenvolver no projeto, a busca dos faltosos a consultas, a participação ativa da comunidade nas palestras e outras atividades de educação para a saúde foi um logro dos agentes comunitários de saúde, (ACS), a medição de pressão arterial e hemoglicoteste foi feita nos usuários que precisarem.

No que se refere à atenção de saúde bucal houve uma significativa melhora, a equipe trabalho em conjunto para lograr o atendimento em 384 usuários hipertensos e 110usuáriosdiabéticos, existirem algumas dificuldades com o material e instrumentos de odontologia, mais tivemos participação da Odontologa e auxiliar nas palestras e visitas domiciliares, o que ajudo muito para o conhecimento dos usuários sobre saúde bucal.

A qualificação da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos no ESF Rogowski, este ano teve um grande avanço, realizamos ações de prevenção a quase 100% dos usuários, melhores registros, aliamos a saúde bucal, atendendo a todos os usuários e encaminhamos quando necessário.

Para organizar os registros foi necessário adotar uma ficha espelho que fosse mais completa para coleta de dados, para que assim tivéssemos todos os dados organizados para monitorar, porém sentifalta da colaboração da gestão neste sentido, assim como na impressão do protocolo do Ministério da Saúde essencial para capacitação da equipe onde eu mesma tive que imprimir para não atrasar a intervenção. Assim sugiro que Vossa Senhoria esteja atenta às necessidades da equipe para qualificação da atenção a população, pois muitas vezes são pequenas ações que se transformam em incentivos importantes para a rotina da ESF Rogowski, por exemplo, a equipe realizoubusca ativa em 16 usuários faltosos as consultas nestes três meses da intervenção e em ocasiões precisamos de transportes para realizar as visitas.

É de suma importância o apoio dosgestores com o transporte para realização de visitas domiciliares planejadas, os medicamentos para os grupos de Hiperdia conforme a o que se requer em cada grupo, material odontológico e laboratorial para realização de exames, além de garantir e agilizar as interconsultas destes usuárioscom outros especialidade como é o Oftalmologista, Nefrologista e Cardiologista.Assim o acompanhamento destes usuários possa ser cada vezmelhor realizado na ESF e nãoo atendimento

como estava acontecendo com frequência. Primeiro porque é de maior facilidade, acompanhar no serviço de saúde mais próximo, e também capacitado, com a realização de exames clínicos e complementares no momento certo, medicações adequadas de cada paciente, além das interconsultas com as especialidades quando precisem. Também lograr mudanças do estilo de vida, atuar sobre aqueles fatores de riscos modificáveis e assim melhorar a qualidade de vida deles além de evitar complicações mediante a realização de grupos de Hiperdia.

Acho de muita importância converter em rotina de nosso serviço, as visitas domiciliares, os grupos de Hiperdia, as palestras abertas, o trabalho conjunto com odontologia para uma atenção com qualidade destes usuários.

Espero que as outras ações programáticas também possam passar por intervenções, para que o serviço seja mais organizado. Esperamos que pudéssemos contar com a gestão para capacitar os profissionais continuamente e incentivar a realização da prevenção, que é a base da saúde pública ideal.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade

Neste ano que estive vinculada ao Programa Mais Médico para o Brasil, que visa a valorização da atenção básica, em certo período da especialização soube que haveria de escolher uma ação programática que estivesse deficiente na ESF para realizar uma intervenção para melhorar a atenção a este grupo. Após analisar o perfil dos usuários que consultavam, a qualidade do acompanhamento dos usuários com Doenças Crônicas não Transmissíveis na ESF, foi feita a reunião com a equipe e optamos por intervir na qualificação da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da área porque acreditamos que havia muito que melhorar nessa ação programática. Além disso, tenhamos poucos usuários acompanhados na ESF, sendo que a maioria estava consultando na consulta central de Hipertensão e Diabetes no Posto de Saúde 22 de março, onde forem feitas as renovações de receitas destes usuários.

Tínhamos como objetivos aumentar o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos e que fizessem acompanhamento na ESF, realizar prevenção, consulta odontológica, melhorar a qualidade através da capacitação dos profissionais, aumentarem as atividades de promoção de saúde e a adesão dos usuários ao programa no ESF.

Foram realizadas diversas ações, uma delas foi priorizar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos, tanto em agendamento quanto em demanda imediata, a busca ativa dos usuários faltosos, a realização de hemoglicoteste aos usuários de risco de diabetes assim como a medição de Pressão Arterial aos usuários maiores de 18 anos.

A participação da comunidade foi fundamental para a realização do grupo, as ACS auxiliaram também no sentido de busca ativa, de alertar a importância do acompanhamento adequado destes usuários.

Conseguimos cadastrar 394 usuários hipertensos (65,0%) e 114 usuários diabéticos o que representa 76% da nossa área de abrangência maior de 20 anos e realizar acompanhamento como indica o Protocolo para esses usuários. Conseguimos alcançar esse resultado devido à união de toda equipe que se mostrou empenhada em melhorar o atendimento. Também alcançar mudanças do estilo de vida, atuar sobre aqueles fatores de riscos modificáveis e assim melhorar a qualidade de vida deles além de evitar complicações mediante a realização de grupos de Hiperdia.

A Equipe trabalhou unida, após da capacitação dos integrantes, cada um teve orientado qual seria o papel a desenvolver no projeto, a busca dos faltosos a consultas, a participação ativa da comunidade nas palestras e outras atividades de educação para a saúde foi um logro dos agentes comunitários de saúde, (ACS) a medição de pressão arterial e hemoglicoteste foi feita nos usuários que precisarem.

Esperamos que a comunidade pudesse aproveitar o que foi realizado e continue tendo a ESF como referência e local onde se sinta acolhida e bem atendida, sobretudo com qualidade.

Acho muito importante a participação ativa da comunidade nos grupos de Hiperdia realizados em cada microarea, nos clubes de mães, nas palestras abertas e as conversas, para intercambiar experiência, idéias com a finalidade de avaliar por este meio o grau de satisfação dos participantes e assim melhorar a qualidade no acompanhamento dos usuários.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Neste ano de trabalho no Programa Mais Médico para o Brasil, realizei 32 horas práticas semanais na Estratégia de Saúde de Família (ESF) e 8 horas semanais na Especialização em Saúde da Família, padronizado em ensino à distância. Pelo projeto, trabalhei na Estratégia da Saúde da Família (ESF), Dr. Manoel Gomez, Bairro Rogowski, no município de Santo Ângelo, RS. A unidade abrange uma população aproximada de 3.988 pessoas, sendo a maioria formada por cidadãos de baixa renda.

O início do curso trouxe sentimentos de insegurança e muitas expectativas tanto em relação ao trabalho na unidade, que até então não tinha conhecimento, como também da especialização, porque nunca havia tido experiência em ensino à distância até o momento. Contudo com a ajuda de minha orientadora, mantive a confiança na importância de fazer a mesma com a qualidade adequada, enfocando no trabalho do projeto com a maior responsabilidade e seriedade possível.

No decorrer do curso, me deparei com muitos desafios, como organizar o trabalho na unidade e as atividades de especialização. Minha unidade também não dispunha de computador e internet em meu consultório, o que inviabilizava realizar parte do trabalho na unidade. Os questionários iniciais do curso foram impressos para facilitar seu preenchimento na unidade com auxílio dos integrantes da equipe.

Durante o curso, tive conhecimento sobre a estrutura física das unidades, como deveriam ser implementadas, como também a formação da equipe, quais as funções de cada profissional e como são fundamentais os papéis de todos para o bom andamento de uma Estratégia de Saúde da Família. Através do curso e das discussões dos colegas nos fóruns tive conhecimento do quão distante as Estratégias de Saúde da Família estão do modelo ideal e de tamanhos investimentos que a Atenção Primária necessita para disponibilizar um atendimento amplo e qualificado à população. A maioria das unidades, como a minha, não

conseguem desenvolver muitas atividades voltadas à promoção e à prevenção de doenças, que são os pilares da Atenção Primária, pois falta cultura à população como também investimentos em unidades de pronto atendimento, para diminuir esse tipo de demanda às ESF. Acredito que o curso de especialização contribuiu no planejamento e na execução de ações com benefício à saúde individual e coletiva da comunidade, como também trouxe um amplo conhecimento na Atenção Primária, como deve ser organizada e a distância da real situação da saúde em relação ao modelo ideal.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Cadernos de Atenção Básica n.29. Brasília D-F, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Queixas mais comuns n Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n.28. Volume II. Brasília D-F, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 58p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

ROSÁRIO, T.M.; SCALA, L.C.N.S.; FRANÇA, G.V.A.; PEREIRA, M.R.G.; JARDIM, P.C.B.V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **ArqBrasCard**, v.93, n.6, p.672-678, 2009.

COSTA, J.S.D.; BARCELLOS, F.C.; SCLOWITZ, M.L.; SCLOWITZ, I.K.T.; CASTANHEIRA, M.; OLINTO, M.T.A. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **ArqBrasCardiol**, v. 88. n. 1, p.59-65, 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro,

APÊNDICES

Apêndice – Imagens da Intervenção



Figura 27 Fotografia de Capacitação da equipe sobre o Protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.



Figura 28 Fotografia de Atendimento odontológico a usuário cadastrado no Programa de HAS e DM na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.



Figura 29 Fotografia de Atividade educativa em grupo com a presença de estagiários. no Programa de HAS e DM na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.



Figura 30 Fotografia de Visita Domiciliar a usuário cadastrado no Programa de HAS e DM na ESF Rogowski. Santo Ângelo/RS.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Área de Transf... Fonte Alinhamento Número Estilo Células Edição

D12 fx 21

HIPERTENSOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção		44	86	147	

→

OBSERVAÇÕES

Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contendo as fichas de hipertensos / fichas esoeelho /

DIABÉTICOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada		11	21	35	

→

Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

***Estimativa no território**

População total	2600
-----------------	------

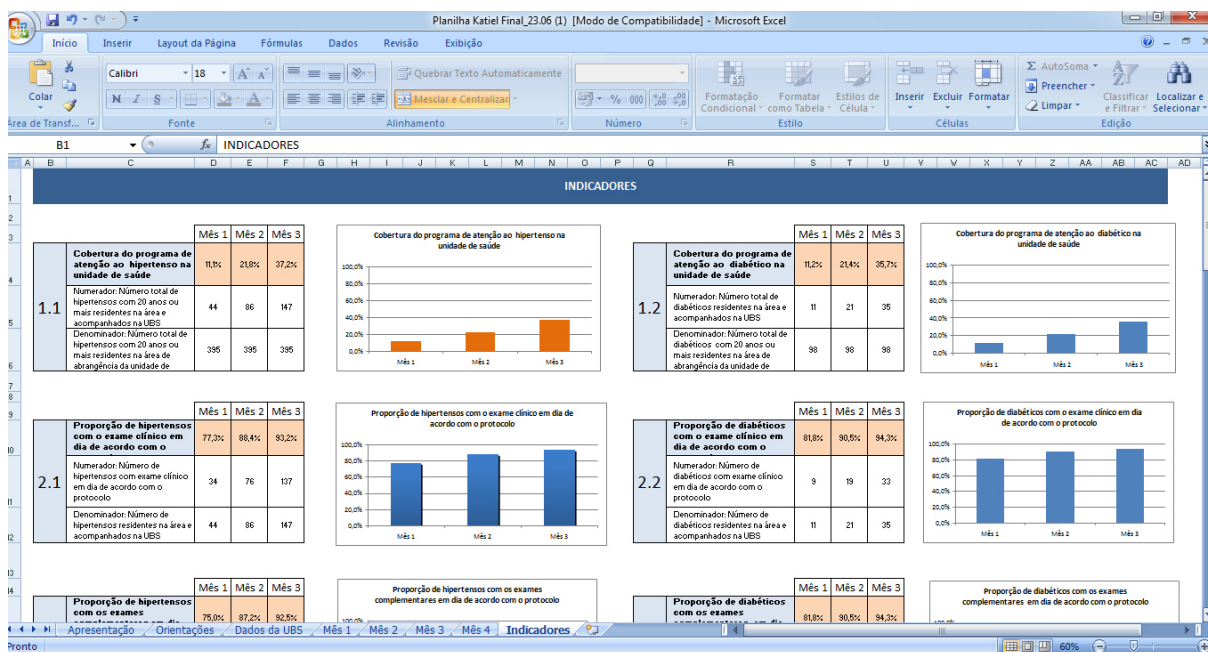
→ Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	1742
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	395
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	98

→ Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

→ Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Pronto



Anexo C - Ficha espelho

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Yoleydis Fuentes Mompie), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante